# ROCZNIK

# TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO

# KRAKOWSKIEGO

za rok

1897



KRAKÓW,
Nakładem Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego.

Drukarnia Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem J. Filipowskiego.
1898.

# ROCZNIK
# TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO
# KRAKOWSKIEGO

za rok

1897



KRAKÓW,
Nakładem Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego.

Drukarnia Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem J. Filipowskiego.

1898.




Biblioteka Jagiellońska

# SPIS.



## Odczyty i dyskusye.

## LXXX. Posiedzenie z dnia 5. stycznia 1897.

Przewodniczący: Kol. prof. Jordan, sekretarz kol. Cercha.

1) Członkowie Wydziału w myśl statutu zdają sprawę ze swoich czynności.

*a*) Kol. Kośmiński, jako skarbnik Tow. przedstawia stan majątkowy Towarzystwa w końcu r. 1896. Ze sprawozdania tego wynika, że w r. 1896 dochody Tow. wynosiły 142 złr. 16 ct., rozchody 126 złr. 93 ct. Pozostało gotówką 15 złr. 23 ct. Zaległości członków wynoszą 228 złr.

Sprawozdanie to wywołało ożywioną dyskusyę, w której brali udział prawie wszyscy obecni członkowie. W dyskusyi poruszano myśl poprawy stanu majątkowego Towarzystwa. Wnioski, zdążające do podwyższenia wkładek rocznych, nie uzyskały większości głosów.

Kilku koll. jako niepłacących wkładek wykreślono z listy członków.

Kol. Mars oświadcza, że kilku członków korespondentów Tow. wspominało mu, że nie wiedzą, na czyje ręce przesłać wkładkę roczną.

Na wniosek kol. Przewodniczącego uchwalono dołączyć do Rocznika kartkę z prośbą o zapłacenie wkładki i z podaniem adresu, pod którym można przesłać pieniądze.

Uchwalono nadto posyłać do niektórych kolegów członków czynnych, bywających rzadko na posiedzeniach, kursora z wezwaniem do zapłacenia zalegającej wkładki.

Skarbnikowi udzielono absolutorium.

*b*) Kol. Braun, jako sekretarz administracyjny oświadcza, że rozesłał do członków czynnych i korespondentów rocznik za rok 1894 i że rocznik za rok 1895 jest już w druku.

Kol. Braun podnosi nadto sprawę wydania zbiorowego dzieła ku uczczeniu pamięci ś. p. Prof. Madurowicza.

Sprawozdanie Sekretarza administracyjnego wywołało również ożywioną dyskusyę, w której kładziono nacisk na ten szczegół, że Rocznik wychodzi i bywa rozsyłanym bardzo późno, przez co kwestye poruszane na posiedzeniach, a często bardzo aktualne tracą zwłaszcza dla członków korespondentów interes. Postanowiono zaradzić temu na przyszłość, przyczem skonstatowano, że drukarnia opóźnia bardzo wydawnictwo.

c) Kol. Cercha, jako sekretarz naukowy zaznacza, że w r. 1896 odbyło Towarzystwo 7 posiedzeń, z tych jedno administracyjne a 6 naukowych.

Na posiedzeniach tych wypowiedziano odczytów z zakresu ginekologii 10, z zakresu położnictwa 2.

Przedstawiono preparatów anatomicznych 4, chorych 5.

Po raz pierwszy w tym roku ma być wysłane do „*Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie*“ sprawozdanie z naszych posiedzeń w języku niemieckim.

2) Wybory członków Wydziału na rok 1897.

Przewodniczącym wybrano kol. prof. Marsa.

Zastępcą przewodniczącego kol. Prof. Jordana.

Sekretarzem administracyjnym kol. Brauna.

Sekretarzem naukowym kol. Rosnera.

Skarbnikiem i bibliotekarzem kol. Kośmińskiego.

Na tem zakończono posiedzenie.

---

## LXXXI. Posiedzenie z dnia 12 stycznia 1896.

Przewodniczący: kol. Prof. Mars, sekretarz kol. Rosner.

Członków obecnych 12, jako goście koll.:

Płaskowicki z Kijowa, Ackermann, Eliasiewicz, Hofmokl, Jaugustyn i Kosiński z Krakowa.

1) Kol. Przewodniczący: Zagajając pierwsze tegoroczne posiedzenie naukowe mam zaszczyt podziękować Panom Kolegom za wybór. Zaszczyt przewodniczenia w tym Towarzystwie i zaufanie kolegów wysoko sobie cenię. Towarzystwo nasze jest młode. Historya sześciolecia, jakie przeżyło wykazała dowodnie jego potrzebę i cieszy mnie, że mogę skonstatować, że nie tylko swoi, ale i obcy odwołują się do prac, na posiedzeniach naszych wygłoszonych. Mam nadzieję, że przy chętnym współudziale Panów Kolegów i ten rok będzie dla Towarzystwa korzystnym.

2) Protokół odczytano i przyjęto.

3) Koll. Rosner i Świtalski proponują kol. Smorągiewicza na czynnego członka Towarzystwa.

4) Kol. Rosner, jako sekretarz proponuje, ażeby nadal zaniechano spisywania protokołu w osobnej książce, jak to dotychczas czyniono. Proponuje natomiast, ażeby protokoły spisywać wprost na arkuszach, któreby można oddawać do druku. W ten sposób uniknie się przepisywania do druku i przyspieszy wydawnictwo Rocznika.

Kol. Cercha popiera propozycyą powyższą, którą Towarzystwo uchwala.

Kol. Przewodniczący wita obecnego na posiedzeniu kol. Płaskowickiego z Kijowa.

5) Kol. Mikucki:

## O cięciu brzusznem Küstnera.

W jednym z ostatnich zeszytów *„Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäekologie“* podał Küustner nowy sposób otwierania jamy brzusznej, który ma zastosowanie przedewszystkiem w tych razach, gdzie nam zależy na względach kosmetycznych, by brzuch nie został blizną oszpecony, a operacya sama nie wymaga koniecznie otwarcia jamy brzusznej na wielkiej przestrzeni.

Cięcie skórne, według Küstnera, prowadzi się na długość 7—8 cm., prostopadle do linii białej, ponad spojeniem w obrębie zarostu wzgórka łonowego lub na górnej jego granicy, we fałdzie skóry tam się znajdującym. Po przecięciu skóry i tkanki podskórnej aż do powięzi, odpreparowuje się skórę od powięzi ku górze i nieco ku dołowi i zapomocą haków rozciąga się ranę skórną w kierunku podłużnym. Teraz przecinamy resztę ściany brzusznej tj. powięź i otrzewną (ewentualnie i mięśnie) w kierunku podłużnym w linii białej.

Naturalnie, że otwór w ten sposób uzyskany nie daje bardzo wygodnego dostępu do jamy brzusznej i jak wyżej wspomniałem, cięcie to nadaje się tylko do niektórych operacyi; do wyjęcia niewielkich, a wolnych torbieli jajnikowych, do wentrofiksacyi, kastracyi itp.

Zeszycie powłok postępuje naturalnie w odwrotnym porządku: szew otrzewnowy i powięziowy w kierunku podłużnym, następnie przyszycie kilkoma ściegami do powięzi odpreparowanej skóry, wreszcie szew skórny powierzchowy. Szwów głębokich, zwalniających z powodu braku napięcia zakładać nie potrzeba.

Dzięki Prof. Jordanowi miałem dwa razy sposobność zastosować to cięcie z dobrym wynikiem. U jednej chorej z pomocą tego cięcia usunąłem torbiel jajnikowy, wielkości głowy dziecka — u drugiej chorej, którą tu mam zaszczyt Panom przedstawić, użyłem tej metody do wykonania wentrofiksacyi w przypadku obniżenia macicy. W obu przypadkach rana zgoiła się przez rychłozrost, a po zarośnięciu wzgórka łonowego, blizna skryła się wśród włosów. Nieznaczne podskórne stwardnienie na przestrzeni, gdzie skóra była od powięzi odpreparowaną, ustępuje zwykle w krótkim czasie pod okładem wysechającym. Cięcie to ma jeszcze jedną dobrą stronę, że, w przeciwieństwie do blizn po cięciach laparotomijnych, prowadzonych w linii białej, ulegających później często rozciągnięciu i usposabiających do wytwarzania się przepukliny, blizna skórna po cięciu Küstnera nie ulegnie nigdy rozciągnięciu, gdyż na to nie pozwala działanie mięśni brzusznych, które z powodu kierunku cięcia tylko mogą przybliżać brzegi rany do siebie, a nigdy ich nie mogą oddalać.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Świtalski: Na podstawie tych kilku przypadków, w których użyto w klinice cięcia Küstnera, przyszedłem do przekonania, że sposób ten w niektórych przypadkach dobry, wogóle rzadko tylko znaleść może zastosowanie. Otwór do jamy brzusznej, jaki się otrzymuje tym cięciem jest mały i może wystarczyć przy wentrofiksacyi wolnej macicy lub przy operacyi małych zupełnie ruchomych torbieli jajnika. W innych przypadkach, gdzie guzy są większe lub istnieją zrosty, gdzie jednem słowem należy uwidocznić sobie należycie pole operacyjne, tam metoda Küstnera nie może być praktyczną. Ale nawet i tam, gdzie nie chodzi o wydobycie dużych guzów, lub o rozdzielenie zrostów, może metoda Küstnera zawieść. Przed kilkoma dniami wykonywaliśmy w klinice kastracyę w przypadku rozmiękczenia

kości. Użyto do tego celu cięcia Küstnera, które wobec niskiego ułożenia jajników okazało się niedostatecznem, tak że trzeba było nadto rozciąć powłoki, w linii środkowej. W tym przypadku było to niemilem utrudnieniem i przedłużeniem zabiegu operacyjnego. Nie mogę wreszcie zgodzić się z kol. Mikuckim, jakoby sposób ten miał utrudniać powstawanie przepuklin brzusznych, chyba co najwyżej z tej przyczyny, że cięcie, jakie się zadaje, jest małe. Zresztą przyszłość rozjaśni w tym kierunku wszelkie wątpliwości.

Kol. Obaliński: Skoro mowa o przepuklinach brzusznych, to chciałbym zaznaczyć, że, mojem zdaniem, nie wielkość rany, tylko nieodpowiedni szew ułatwia ich powstawanie.

O kwestyi tej dużo mówi się i pisze w ostatnich czasach. Materyał, jakiego się używa do szwu nie jest obojętny. Katgut ma liczne zalety, jednak, choć dobrze wyjałowiony, sprowadza czasem ropienia. A te ropienia w powłokach usposabiają jak wiadomo do powstawania przepuklin.

Niedawno opisał Duplay w Semaine médicale sposób szycia powłok, jakiego używał nietylko przy laparotomiach zwykłych ale i przy operacyach radykalnych przepuklin np. sposobem Bassiniego. Po tym zabiegu powstają nie tak rzadko ropienia. Przyczyna ich leży w tem, że szyje się katgutem kilka warstw jedne ponad drugą, i jeśli w jednej warstwie powstanie ropienie przenosi się łatwo na drugą. Otóż i Duplay, który bardzo czuwał nad aseptyką tych zabiegów, widywał po nich ropienie i to naprowadziło go na myśl zastosowania innego materyału. Tym materyałem było srebro jednak w drucie bardzo cieńkim i delikatnym. Takiego drutu nie mogłem dostać w Krakowie i sprowadzam go z Berlina lub Wrocławia. Na podstawie własnego doświadczenia mogę Kolegów upewnić, że sposób ten jest doskonały. Drutem tym szyte rany trzymają doskonale i nie ulegają zropieniu. Przyczyna tego jest jasna. Drut podobnie jak narzędzia można wygotować i być pewnym, że jest zupełnie aseptycznym. Nadto korzystnem jest to, że drut ten bardzo cienki doskonale się adaptuje. Wiemy już przecież od dawna, że aseptyczne szwy srebrne można np. przy złamaniu rzepki spokojnie zatopić w ranie; nie sprowadzają one odczynu. Ważnem jest w końcu, ażeby części miękkie były szyte z powięziami, które tu ważną odgrywają rolę.

Kol. Mars: W kwestyi cięcia Küstnera stoję zupełnie na stanowisku kol. Świtalskiego i godzę się z jego zapatrywaniami.

6) Kol. Mars:

## Poród u cyganki.

Cyganie należą do nielicznych w Europie ludów koczujących, z którymi na Wschodzie spotkać się można. W Austryi w niektórych tylko okolicach trzymają się pewnej miejscowości. Życie ich jest tak odrębne od życia ludów cywilizowanych, że niewątpliwie i pod każdym innym względem różnice muszą być znaczne. Cyganka rodząca w zakładzie położniczym, gdzieby poród dokładnie obserwować można, należy, sądzę, do rzadkości i stanowi zawsze interesujące studyum. Dlatego też korzystam ze sposobności, aby spostrzeżenia podczas porodu zebrane z przypadku, który mi się nadarzył, opowiedzieć.

W grudniu ubiegłego roku przeniesiono do szkoły akuszerek w Krakowie cygankę rodzącą z oddziału chorób ocznych, gdzie z powodu ostrej jaglicy w leczeniu pozostawała.

A. P. cyganka, podaje że ma lat 30, wyrobnica ze Stryszowa zamężna, rodziła 10 razy prawidłowo a obecnie jest 11-ty raz w ciąży. Z powodu upośledzonej inteligencyi wiele więcej dowiedzieć się od niej niemożna.

Badanie wykazuje osobę o wiele starzej wyglądającą niż na lat 30. Prócz jaglicy ostrej na spojówkach obu oczu nic nieprawidłowego w organach wyśledzić niemożna. Brzuch więcej pod pępkiem wypuklony nieco obwisły — zresztą stan odpowiada zwykłym warunkom jakie na końcu ciąży u wieloródek spotykamy. Położenie płodu czaszkowe 1-sze nieustalone. Oglądanie kręgosłupa wykazuje bardzo wybitne wygięcia w okolicy lędzwiowej ku przodowi. Kość krzyżowa mocno ku tyłowi wypuklona krótka. Wyrostek kolcowy 5-go kręgu lędźwiowego dokładnie wymacać można, leży on nie spełna może centimetr po nad linią łączącą *spinae posteriores superiores ossis ilei.* W okolicach biodrowych budowa smukła.

Przy badaniu wewnętrznem pochwa szeroka, część pochwowa krótka co najwyżej długości centimetra, po bo-

kach wręby głębokie sięgające do sklepień. Do szyi można wprowadzić 2 palce. Szyja na $1^1/_2$ cent. długa, ku górze się nie rozszerza ale i nie zwęża — błony płodowe cienkie, za któremi czuć główkę ruchomą. Kości czaszki wydają się twarde, szew strzałkowy przebiega w wymiarze poprzecznym. Badanie wewnętrzne dziwnie łatwe, bez wysilenia można cała miednicę od wewnątrz dokładnie omacać. Wzgórek kości krzyżowej z łatwością i nader nizko dosięgnąć się daje. Kość krzyżowa bardzo nizka i silnie wygięta. Zatoki krzyżowo-biodrowe płytkie. Linia bezimienna daje się łatwo palcem obejść i daje wrażenie jakoby wymiar poprzeczny wchodu miednicy był mały. Kolce kości siedzeniowej mało sterczące. W całości miednica nadzwyczaj nizka i bardzo mało nachylona.

*Diameter cristalis* . . . . . . . . 24·25 cntm.
„ *spinalis* od wewnątrz 20 „
„ „ od zewnątrz 22 „
„ *trochanterica* . . . . . . 27·75 „
*Conjugata externa* . . . . . . . . 16·75 „
„ *diagonalis* mierzona palcem 10·25 „
Oddalenie *spinae posteriores superiores ossis ilei* od siebie . . 7 „
Oddalenie od *spina posterior superior dextra* do *spina ant. sup. sinistra* . . . . . . . 20 „
Tożsamo po drugiej stronie . . . 19 „
Odległość guzów siedzeniowych od siebie 8 cntm.
*Conjugata vera* mierzona cyrklem Skutscha . . . . . . . . . . . . 10·6 „
Największa odległość linii bezimiennych od siebie (Skutsch) . . . . . 10·0 „
Odległość od końca kości ogonowej do dolnego brzegu spojenia k. k. łonowych . . . . . . . . . 7.9 „
Obwód miednicy poniżej grzebieni kości biodrowych . . . . . . . 81 „

Pierwsze bóle wystąpiły 9-go grudnia rano, o godzinie 10-tej stan przedstawiał się jak wyżej opisano. O godzinie 12-tej stwierdzono, że szyja macicy ku górze się nieco rozszerza. O 3-ciej popołudniu część pochwowa zanikła, ujście rozwarte na guldena. O godzinie 5 tej popołudniu ujście zewnętrzne nieco więcej niż na talara rozwarte, główka we wchodzie, wysuwalna. Szew strzałkowy w wymiarze ukośnym niewiele zbacza jednak od wymiaru prostego.

Ciemie małe ku przodowi, ku wewnętrznemu brzegowi otworu owalnego zwrócone, ciemie duże dosięgnąć można łatwo w zatoce krzyżowo biodrowej prawej tuż obok wzgórka kości krzyżowej położone. Pęcherz stojący. W pół godziny przebito pęcherz płodowy przy ujściu prawie zupełnie rozwartem. Główka ustaliła się i szybko zstępowała na dno miednicy. W próżni szew strzałkowy, przecinał wymiar prosty pod kątem nieco może tępszym, różnica była jednak nieznaczna — podobnie w cieśni miednicy, i dopiero w wychodzie ustawił się szew strzałkowy w wymiarze prostym, a ciemie małe ustawiło się pod łukiem łonowym. Poród siłami natury o godzinie 6-tej wieczorem. Syn żywy donoszony u prawej rączki okazuje palec duży podwójny z 2-ma paznokciami.

Długość płodu 47 ctm.

Odległość od piętek do pępka 21. od pępka do szczytu główki 26 ctm. Obwód główki 34·0. barków 34·5.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Wymiary główki: | poprzeczny mniejszy | 6 | ctm. |
| | „ większy | 8 | „ |
| | skośny mniejszy | 10·5 | „ |
| | „ większy | 12·0 | „ |
| | prosty . . . . | 11 | „ |

Ciężar płodu 3200 gramów.

W połogu zwijanie się macicy powolne, położnicy w łóżku utrzymać trudno, zresztą przebieg prawidłowy.

Ponieważ osoba ta rodziła siłami natury, a poród niemożna nazwać długim i ponieważ takich porodów odbyła 11-cie niemamy żadnego powodu do podejrzewania u tej osoby stanu patologicznego odnośnie do zachowania się jej

kanału rodnego. Różnice, któreśmy zatem spostrzegać mogli, uważać musimy jako z właściwości rasowych wynikające.

Przedewszystkiem zwraca uwagę w tym przypadku znaczna krótkość kości krzyżowej, przez co i cały kanał kostny przedstawia znacznie krótszą drogę, aniżeli u rasy kaukazkiej. Dalej wymiary zewnętrzne miednicy wszystkie są stosunkowo bardzo małe, podczas gdy wewnętrzne w tym stosunku nie zmniejszone, co świadczy, że kości tej osoby są niezwykle cienkie. Wymiar prosty wchodu nieco dłuższy, aniżeli wymiar poprzeczny. Co do dziecka to mimo, że miało znamiona płodu donoszonego powiedzieć musimy, że wymiary główki wobec wagi 3200 gramów wcale niewielkie, a obwód główki mniejszy, niż barków.

Mechanizm porodowy bardzo ograniczony wynikał z budowy miednicy; chociaż nad wchodem miednicy szew strzałkowy przebiegał zupełnie poprzecznie, skoro tylko główka wstąpiła do wchodu, ustawił się skośnie okazując niewielkie zboczenie od wymiaru prostego, i w tem niemal ułożeniu przeszła główka przez kanał miednicy aż do wychodu. Okoliczność, że oba ciemiona tak łatwo dosięgnąć można było, przemawiałaby w niniejszym przypadku wobec opisanej budowy miednicy za tem, że główka znaczniejszych oporów w swym pochodzie do przezwyciężania niemiała.

Zebrawszy te spostrzeżenia razem, musimy powiedzieć, że miednica tej osoby stoi na niższym stopniu rozwoju aniżeli u ras cywilizowanych, a mechanizm porodowy jest daleko prościejszy, mniej skomplikowany.

7) Kol. Świtalski:

### Przypadek całkowitego brzuszno-pochwowego wycięcia macicy wraz z częściami dodatkowemi przy chronicznem zapaleniu tychże.

Przypadek, o którym chcę Panom mówić, jest ciekawym nie tyle ze względu na zmiany chorobowe ile na zabieg operacyjny, który był bardzo skomplikowany, bardzo ciężki, a o ile mi jest wiadomem z dostępnej literatury, dotąd w ten sposób z tego wskazania nie był wykonywany.

Dotyczy on pacyentki Z. L. l. 29 liczącej, która raz rodziła przed 12 laty; poród i połóg odbył się prawidłowo. Miesiączkowała zawsze obficie i z bólami. Od dwu lat ma jej wypadać macica. Na 4 tygodnie przed przybyciem do kliniki, podczas większego wysiłku fizycznego w pierwszym dniu regularności wystąpił silny ból dołem brzucha a wkrótce potem dreszcze i gorączka. Regularność ta była znacznie skąpsza i trwała króciej. W dniu przybycia do kliniki skarżyła się na silne bóle dołem brzucha po stronie lewej i na bóle darte w kończynie dolnej tejsamej strony.

Badanie dokonane w tym czasie wykazuje budowę i odżywienie mierne. Brzuch nieco wypuklony; nad pachwiną lewą daje się wybadać opór mający wszystkie cechy wypociny parametrytycznej, sięgający ku górze ponad *spina ant. sup.*, dosyć zbity. Wejście do pochwy zatkane przednią i tylną ścianą pochwy, obie ściany pochwy bardzo znacznie pofałdowane. Część pochwowa niżej ustawiona, szyja dłuższa, grubsza i twardsza, trzon macicy większy przebiega ku przodowi i stronie prawej bardzo mało ruchomy. Po stronie lewej obok macicy można wybadać dolny odcinek exsudatu, który w tyle przechodzi w tumor elastyczny, bardzo bolesny, nie dający się jednak ściśle odgraniczyć. Granica pomiędzy oboma oporami zaznaczona jest rowkiem. Części dodatkowych po stronie prawej wybadać nie można. Przy parciu wysuwa się na zewnątrz prawie cała przednia ściana pochwy i część tylnej.

Rozpoznano: *Prolapsus vaginae anterioris et posterioris, hypertrophia et elongatio cervicis, metritis corporalis, exsudatum parametricum sinistrum, sactosalpinx purulenta sinistra.*

W wydzielinie wziętej ze szyjki macicy wykazano gonokokki, wobec tego aetiologia zmian zapalnych była jasna.

Zalecono chorej leczenie konserwatywne, które trwało od dnia przyjęcia tj. 12 października do 29 listopada. Przez pierwsze tygodnie kilkakrotne podwyższenie ciepłoty do 38·5, poczem stan bezgorączkowy; od 3—7 listopada przebyła regularność miernie obfitą z bolami w krzyżach i dołem. Wkrótce po regularności bez żadnej przyczyny nasilenie

bolów w dolnej części brzucha znacznie się wzmogło, a gwałtowne napady bolów, które można było uśmierzyć tylko wielkiemi dawkami narkotyków, powtarzały się bardzo często. Cały arsenał środków stosowanych w tych razach został wyczerpany. Zupełny spokój, okłady wysychające, okłady gorące, kąpiele, resorbentia, wszystko to pozostawało bez skutku. Przewidując nadzwyczaj trudny zabieg operacyjny odwlekaliśmy go z dnia na dzień mając przecież nadzieję uzyskać jakąś poprawę leczeniem konserwatywnem. Kiedy jednak bole stawały się coraz większe, zdecydowaliśmy się na operacyę, którą wykonałem dnia 29/XI *a linea.* Po rozcięciu powłok brzusznych badanie bezpośrednie wykazuje: obok macicy większej, leżącej ku przodowi i na prawo, po stronie lewej tumor wielkości około 2 pięści całkiem nieruchomy,o powierzchni nierównej, zlewający się z lewym bokiem macicy w jedną całość, guz ten od przodu jest konsystencyi zbitej, od tyłu elastycznej. Trąbki i jajnika po stronie lewej wybadać nie można było. Po stronie prawej trąbka przebiega ku tyłowi i dołowi tak, że ujście brzuszne leży prawie na dnie zatoki Douglasa. Trąbka ta tuż przy macicy jest nieco grubsza, w miarę zbliżania się do ujścia brzusznego retortowato się rozszerza. Ściany trąbki są zgrubiałe. Pomiędzy trąbką a otoczeniem są liczne zrosty, największe w okolicy ujścia brzusznego. Koło trąbki nisko daje się wśród zrostów wybadać jajnik.

Po rozpatrzeniu się w topografii przez badanie ręczne, odsłonięto cały tumor po stronie lewej i zauważono teraz, że cały guz pokryty jest od przodu siecią mocno do niego jakoteż do przedniej i bocznej ściany brzusznej i do pęcherza przyrośniętą.

Sieć częścią na tępo a częścią przy pomocy nożyczek oddzielono, a ponieważ była znacznie zmieniona, podwiązano i odcięto.

Teraz uwidocznił się guz usadowiony pomiędzy blaszkami więzadła szerokiego, odpowiadający wypocinie. Do górnej tylnej powierzchni jego była przyrośnięta duża pętla jelita. Trąbka lewa o ścianach zgrubiałych przebiega zrazu

na przedniej ścianie tego guza, potem idzie ku tyłowi gubiąc się w zrostach. Jajnika wybadać nie można.

Oddzielono jelito, którego otrzewna z powodu nacieku zapalnego była mocno zgrubiałą. Mierne miąższowe krwawienie z powierzchni oddzielonego jelita powstrzymano przez ucisk kompresem i przystąpiono do oddzielenia trąbki, którą po oddzieleniu jelita w całości można było wyśledzić. Mesosalpinx było z powodu nacieku zapalnego tak kruche, że przy oddzielaniu trąbki się przedzierało, tak że w końcu oddzielona trąbka stała tylko w połączeniu z macicą; mesosalpinx było w całości przerwane, krwawienie przytem było nieznaczne. Postępując teraz coraz dalej wgłąb i oddzielając bardzo liczne zrosty od strony prawej i od tyłu guza, udało się wreszcie dojść do jajnika powiększonego wskutek torbielkowatego zwyrodnienia. Po drodze natrafiono na pseudocystę wielkości jaja kurzego. Po wyłuszczeniu ze zrostów jajnika przystąpiono do oddzielenia trąbki i jajnika po stronie prawej, co poszło nieco łatwiej, niż po stronie lewej.

Teraz zastanowiono się co dalej robić, a pozostawały dwie drogi: albo wyciąć zmienione jajniki i trąbki i pozostawić macicę wraz z wypociną, albo wydobyć zarazem i macicę, jak to radzi Schauta w przypadkach zapaleń na tle zakażenia tryprowego, aby usunąć przez to możliwość występywania świeżych nawrotów zapalnych.

Wobec zaś tego, że w przypadku naszym niewątpliwie w wydzielinie macicy stwierdzono gonokokki, prof. Jordan polecił mi obrać tę drugą drogę. Ponieważ zaś wycięcie macicy przez jamę brzuszną było prawie niemożliwem z powodu dużego exsudatu parametrytycznego, rozciągającego się wzdłuż całego lewego brzegu macicy, wśród którego podwiązywanie naczyń a więc zatamowanie krwotoku natrafiałoby na nieprzezwyciężone trudności, postanowiono o ile się to da oddzielić macicę, od strony prawej oddzielić pęcherz moczowy od szyjki a następnie dokończyć operacyę przez pochwę, używając pince'ów do hemostazy.

Po podwiązaniu i przecięciu większej części więzadła szerokiego prawego i po oddzieleniu pęcherza moczowego

oczyszczono jamę brzuszną, zespojono brzegi rany trzema szwami prowizorycznymi i ułożono chorą jak do *exstirpatio uteri per vaginam.*

Otworzono sklepienie przednie i przystąpiono do otwarcia zatoki Douglasa, co jednak nie poszło łatwo z powodu licznych zrostów w zatoce Douglasa się znajdujących, a których nie można było oddzielić od strony jamy brzusznej. Udało się to uskutecznić dopiero w ten sposób, że otworzono jamę brzuszną i ztamtąd kleszczykami na tępo przebito wszystkie zrosty. Potem okrojono sklepienia boczne i z bardzo wielką trudnością z powodu znacznej grubości wypociny i upośledzonej ruchomości macicy założono trzy długie pince'y na więzadło lewe, a umożliwionem to zostało tylko przez to, że po przecięciu przedniej ściany macicy chwytając kleszczykami Muzeux'a wysoko za brzeg ranny, można ją było nieco ściągnąć a przez równoczesną kontrolę od strony jamy brzusznej można było bezpiecznie kleszczyki założyć. Po odcięciu macicy po stronie lewej założono pince na podstawę więzadła szerokiego prawego i następnie macicę odcięto. Po wytamponowaniu pochwy oczyszczono jeszcze raz jamę brzuszną i brzegi rany zespojono.

Operacya trwała $2^1/_2$ godzin w narkozie chloroformowej. Aż do chwili wyjęcia kleszczyków, które nastąpiło w 36 godzin po operacyi, chora miała silne boleści.

Przez pierwszych kilkanaście dni od czasu do czasu gorączka, (najwyższe jednorazowe wzniesienie 39°C) i przez ten czas powtórzyły się jeszcze kilkakrotnie napady bolów o mniejszem jednak nasileniu, niż przed operacyą. Po dwóch tygodniach chora przestała gorączkować, bole pod wpływem kataplazmów całkowicie ustąpiły, wypocina z dnia na dzień się pomniejszała a chora zaczęła szybko powracać do zdrowia. Dzisiaj $1^1/_2$ miesiąca po operacyi chora ma się bardzo dobrze a po stronie lewej można tylko wybadać ślad exsudatu.

W przypadku tym zabieg operacyjny jakkolwiek bardzo ciężki, wpłynął bardzo korzystnie na stan zdrowia pacyentki, bo bóle już wkrótce po operacyi znacznie się zmniej-

szyły a potem całkowicie ustąpiły; wypocina, która przy leczeniu konserwatywnem prawie przez 2 miesiące przeprowadzanem, utrzymywała się stale w tej samej wielkości, w przeciągu względnie krótkiego czasu bardzo znacznie się pomniejszyła. Zachodzi więc pytanie, gdzie należy szukać przyczyny tego?

Jabym wytłomaczył to w ten sposób, że z macicy lub trąbek zajętych sprawą zapalną na tle zakażenia tryprowego dostawał się od czasu do czasu swieży transport jadu, który tę sprawę zapalną podtrzymywał, po wycięciu macicy i trąbek usunięto źródło dowozu i wypocina zaczęła szybko ustępować. Rozumie się, że w tak trudnych warunkach należy operować tylko z koniecznego wskazania, jak to miało miejsce w naszym przypadku i to dopiero po wyczerpaniu leczenia zachowawczego, które przecież w wielkiej ilości takich przypadków prowadzi do celu.

Sposób operowania zastosowany przez nas uważałbym w takich razach za najodpowiedniejszy. Metoda brzusznopochwowa stosowana dotąd przez francuzów (Péan, Bouilly) przy wycinaniu macicy zajętej włókniakami, zasługuje więc na uwzględnienie i w niektórych przypadkach zmian zapalnych w częściach dodatkowych macicy; znakomity zaś wynik w naszym przypadku może być tylko zachętą do dalszego jej stosowania.

8) Kol. Mars:

Kilka słów w sprawie rozszerzenia ujścia zewnętrznego macicy metodą A. Rosnera.

Słuchając odczytu kol. Rosnera na posiedzeniu Tow. ginekologicznego krakowskiego, zaznaczyłem w dyskusyi zapatrywania moje na rzecz wyłożoną, a następnie drukowaną w 1 i 2 Nrze *Przeglądu lekarskiego* z r. b. W przypadkach moich, w celu rozszerzenia ujścia zewnętrznego macicy, nacinałem zawsze jak dotąd szyję macicy na boki i to dość wysoko, mniej więcej do połowy odległości między ujściem zewnętrznem macicy a sklepieniem, lub nieco wyżej. Ponieważ część pochwowa bywa różnej długości, przeto określenie to nie da się przeprowadzić ściśle i dlatego kie-

rowałem się przy przecinaniu wejrzeniem zadanej rany, t. j. starałem się zawsze cięcia prowadzić tak wysoko, aby otrzymać szparę ziejącą. Jeżeli mi się to jednem nacięciem nie udało, to pogłębiałem je do należytej wysokości. Idąc tym sposobem drogą pośrednią, wyznać muszę, iż wyniki miałem wcale dobre i rzadko tylko widziałem zrośnięcie ujścia w ten sposób rozciętego, — nigdy zaś nie spostrzegałem po tym zabiegu wywinięcia warg macicznych, któreby przypominało *ectropium* w znaczeniu patologicznem, jakie wydarzają się po głębokich przedarciach ujścia zewnętrznego i szyi macicy u wieloródek, a które za radą Emmeta do zeszycia się nadają. Zabiegu dokonywałem zawsze w pierwszych dniach po przebytej regularności; pole operacyjne opatrywałem zwykłym sposobem, zakładając do szyi macicy i pomiędzy świeże nacięcia pasek gazy jodoformowej wyjałowionej. Opatrunek zmieniałem co 2-gi dzień i 8—10 go dnia wypuszczałem chore z opieki. Obserwując pacyentki widziałem, że, na płaszczyznach rannych powstałe blizny, kurczyły się i wytwarzały się szczeliny, jakie widzimy u wieloródek, u których wręby na brzegach ujścia zewnętrznego macicy nie przekraczają fizyologicznej głębokości. Że nie zawsze może ten środek co do głębokości nacięcia utrzymać się da, o to wcale nie myślę się spierać; zgadzam się zupełnie z wywodami kol. Rosnera, że zamałe nacięcia zrastają się prawie zawsze i sprowadzają często jeszcze znaczniejsze zwężenie ujścia macicznego, zaś zbyt głębokie mogą powodować nieprawidłowe wywinięcie warg macicznych.

Godzę się dalej w zupełności na zapatrywanie, że akta dotyczące techniki krwawego rozszerzania ujścia zewnętrznego macicy, wcale nie są zamknięte i że należy szukać sposobu postępowania, któryby wymaganiom zadość czynił. Liczny szereg proponowanych zabiegów, i nazwiska pierwszorzędnych ginekologów, którzy się tem zajmowali, stwierdzają tę istotną potrzebę. Wobec tego z wielkiem zajęciem i szczerem uznaniem słuchałem opowiadania o nowym zabiegu operacyjnym, jaki kol. R. u swej chorej wykonał.

W ostatnich czasach przywykliśmy, może niechętnie, brać do ręki opisy nowych operacyj, bo często spotykamy się z tem, że autor zrobił cięcie nieco niżej, lub szwy założył nieco wyżej i rzecz, w istocie nie wiele zmienioną, ozdobił swojem nazwiskiem.

W zabiegu proponowanym przez kol. Rosnera jest myśl oryginalna, bardzo prosta i do przekonania przemawiająca. Tą myślą jest: wszczepienie płatka błony śluzowej w dno rany po rozcięciu zwężonego ujścia zewnętrznego macicy, i w tej myśli leży wartość metody.

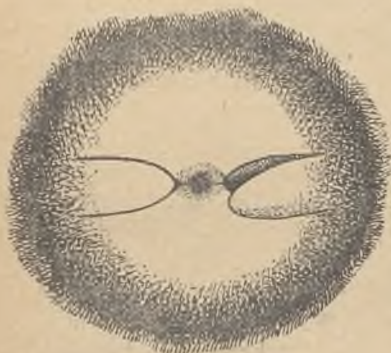
Samo przez się rozumie się, że jak każda nowa metoda operacyjna, tak i ta, potrzebuje wydoskonalenia, a może niejednej modyfikacyi, zanimby wszelkim wymaganiom odpowiedzieć mogła; — w każdym razie jednak zasługuje ze wszechmiar na wypróbowanie. Przy najbliższej sposobności postanowiłem w stósownym przypadku zabieg Rosnera wykonać; aby jednak rzecz nieco uprościć, umyśliłem sobie małą odmianę w samem wykonaniu, którą zaraz w dyskusyi nad odczytem podałem, a która przez kolegów chętnie przyjętą została.

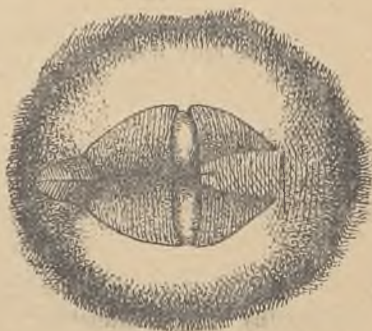
Kol. Rosner najpierw przecina część pochwową na boki, a potem wycina z przedniej wargi części pochwowej dwa płatki, które następnie wszywa w dno rany. Otóż postanowiłem zmienić porządek postępowania, co też wykonałem przed tygodniem u jednej osoby, która, żaląc się na niepłodność w 6-letniem pożyciu małżeńskiem i nader dokuczliwe bóle podczas każdorazowego miesiączkowania, pomocy mojej szukała.

Porządek w wykonywaniu operacyi zmieniłem o tyle, że określiłem i wyciąłem na bokach części pochwowej najpierw dwa płatki takiej postaci jak na rysunku załączonym (Fig. I), z końcami nieco zaokrąglonymi, w tejże mniej więcej rozciągłości i ułożeniu, jak Rosner podaje. Po utworzeniu płatków przeciąłem zwykłym nożykiem szyję macicy na obie strony na boki do wysokości nasady płatków, które na końcach rany leżały, a które następnie wszyłem w dno rany, przymocowując szczyt każdego jednym szwem katgutowym

do brzegu przewodu szyi macicy, jak na rysunku (Fig. II) uwidoczniono. Gdy pierwszy raz badałem chorą, odsłoniwszy część pochwową wziernikiem, rana operacyjna była czysta, w głębi widać wgojone płatki.

Tym sposobem unika się dwu ranek, jakie Rosner po wycięciu płatków na przedniej wardze otrzymał i które osobno zaszywać musiał, nadto unika się przekładania płatka nad mostkiem błony śluzowej, co może utrudniać wgojenie się takowego i poczem może być potrzeba poprawki, a mianowicie przecięcia podstawy płatka po przygojeniu. Po zmie-


Fig. I.


Fig. II.

nionym w ten sposób porządku, płatki naturalnie w dno rany niejako ułożyć się dają i wgojenie ich jest zapewnione. Przy tej sposobności nadmienić muszę, że szczyty płatków utworzyć się mających, muszą być położone bardzo blisko ujścia zewnętrznego macicy, aby mogły mieć dostateczną długość, gdyż po oddzieleniu bardzo się kurczą. Gdyby zaś niżej sięgały podstawą, musiałoby przecięcie szyi macicy na boki sięgać bardzo wysoko.

Płatki opisane, na wewnętrznej stronie klinowate, układają się bardzo dobrze w dno rany i przylegają ściśle; niemniej jednak przyszycie ich powinno być dokładne. Co do

tego ostatniego zaznaczyćby należało, że daleko pewniej będą płatki przymocowane, jeżeli wśród szycia poprowadzimy igłę w kierunku od nasady płatka ku jego końcowi, wzdłuż tegoż prowadząc igłę w warstwie mięsnej płatka, — tuż pod błoną śluzową. Do szwu nadaje się najlepiej mała igła, ale o bardzo mocnem wygięciu, szczególniej jeżeli część pochwowa nie daje się dobrze do szpary sromowej ściągnąć i operacya musi być nieco wyżej w pochwie wykonywana.

W dyskusyi zabierał głos:

Kol. Trzebicky: Bardzo mi się podoba modyfikacya kol. Marsa. Przypomina ona ten plastyczny zabieg, jaki za przykładem mojego nauczyciela Mikulicza wykonywam przy syndaktylii. I tam przygotowuje się naprzód podobny płatek potem przecina do odpowiedniej głębokości tkankę łączącą palce, a w końcu w dno tej rany wszywa się podobnie, jak kol. Mars przy dyscysyi, przygotowany poprzedni płatek. Wyniki po tej operacyi bywają doskonałe.

9) Kol. Doliński:

## O leczeniu raka macicy wstrzykiwaniami „*extracti chelidonii*“.

W drugiej połowie zeszłego roku, t. j. w lipcu 1896 naczelny lekarz miejskiego szpitala w Brjańsku, gub. Orłowskiej, Dr. Deniseńko, ogłosił sposób bezkrwawego leczenia nowotworów złośliwych, skuteczny nawet w takich przypadkach, w których operacya byłaby wprost niemożliwa. Spostrzeżenia swoje popiera autor historyami chorób i czterema fotografiami zamieszczonymi w Nr. 34 czasopisma „*Wracz*“ z 22 sierpnia 1896 st. st. Świetne wyniki, jakie Dr. Deniseńko metodą swoją otrzymał, skłoniły Prof. Jordana do próbowania tego sposobu w tutejszej klinice, a mnie przypadło w udziele, przedłożyć tutaj zebrane doświadczenia. Z góry się jednak zastrzedz muszę, że próby nasze stanowczo nie są miarodajne i z nich, z powodu bardzo małej ilości, bo wszystkiego dwóch przypadków, wniosków pewnych pro czy contra wysnuć nie można. Ważność i żywotność sprawy, skłoniła do poruszenia tej kwestyi.

Oba przypadki, które były w klinice Prof. Jordana leczone tą metodą, przedstawiały tak daleko posunięte zmiany nowotworowe (rak szyjki macicy), iż nie było mowy o doszczętnem operacyjnem leczeniu. Szczegółowy opis, sądzę, mogę bez szkody dla rzeczy samej pominąć.

Leczono za pomocą wstrzykiwań.

*Extr. chelid. maj.* | co drugi dzień po
*Aquae destil.* | 3 cm.
*glycerini ana* 20·0 |

tamponów wkładanych do pochwy i codzień zmienianych.

*Ext. chelid. maj.* 40·0.
*glycerini* 20·0

a wreszcie podawano wewnętrznie:

*Extr. chelid. maj.* 20·0
*aquae Melissae* 100·0 na dobę.

Jak z tego widać, używano rozczynów według przepisu podanego i zaleconego przez autora, wstrzykiwano w sam nowotwór każdym razem w kilka miejsc, by działać ile możności na jak największą część nowotworu.

Obserwacye nasze jednak nie zgadzają się z tem, co autor w swoich historyach chorób podaje. Przedewszystkiem podnieść należy, że samo wstrzykiwanie było nadzwyczaj bolesne, tak dalece, iż w jednym przypadku chora wprost nie pozwoliła dokończyć sobie ostatniego (5 go) wstrzykiwania i zrezygnowała z dalszego leczenia. U drugiej chorej nauczeni smutnem doświadczeniem mięszaliśmy z *extr. chelid.* rozczyn kokainu w stosunku 1 : 4 co bolesność prawie zupełnie znosiło.

W obu wypadkach bezpośrednio po wstrzykiwaniu lub w 1 do $1^1/_2$ godziny występowało dość znaczne podwyższenie temperatury do 39·9° a nawet do 40·1 w połączeniu ze silnymi dreszczami i bolem głowy, stan ten jednak po 1 lub najwyżej 2 godzinach przemijał, a chore czuły tylko zmęczenie, nazajutrz zwykle nie uskarżały się na żadne dolegliwości.

Owego niejako wypychania nowotworu z otoczenia w obu razach nie zauważyliśmy, chociaż Deniseńko wyra-

żnie na to wskazuje, porównując to z pękającym pączkiem piwonii, taksamo nie widzieliśmy tworzenia się rozpadlin i szpar, tylko w drugim przypadku zauważono, iż po pierwszych wstrzyknięciach, powierzchnia nowotworu pokryła się szarą nekrotyczną błoną, która w dni kilka oddzieliła się pozostawiając czysto granulującą i bardzo łatwo krwawiącą powierzchnię. Żeby zaś naciek nowotworowy czyto w samej macicy czy też w tkance okołomacicznej się zmniejszał, lub od zdrowej tkanki się oddzielał, tego stwierdzić niemogliśmy; owszem prędzejby, z zachowania się nowotworu twierdzić można, że ten rozwijał się i rósł dalej, być może w nieco wolniejszem tempie.

Tyle naszych doświadczeń; a teraz wypada mi wspomnieć jeszcze o doświadczeniach, jakie inni porobili. W literaturze znalazłem dwie tylko rozprawki tyczące się leczenia raka macicy wyż wspomnianym sposobem, a mianowicie Kelber, lekarz Maryjskiego szpitala w Petersburgu ogłosił we „*Wraczu*“ l. 44, z 31 października 1896 st. st. cztery, a A. Dührssen w *Deutsche medicin. Wochenschr.* Nr. 49 z r. 1896. jeden przypadek.

Z opisu Kelbera wynika, iż jego przypadki, które prawie identycznie były leczone z naszymi, dały taksamo jak nasze niezadowalniające a raczej niepomyślne wyniki, lecz nie wysnuwa on z tego żadnych wniosków. Dührssen natomiast, który także w ten sposób leczył co i my, zobaczył w drobnowidowym preparacie ze skrobanki po wstrzykiwaniach, uzyskanym w świetle naczynia krwionośnego liczne komórki nowotworowe, a upatrując w tem mechanicznem, przez nakłówanie, przenoszeniu nowotworu niebezpieczeństwo pewniejszego i prędszego rozrostu tego ostatniego drogą naczyń krwionośnych, potępia całą metodę, stawiając ją na równi ze surowicą przeciwrakową Emmerich Scholla.

Do doświadczeń naszych używaliśmy *Extr. chelid maj.* wyrobu Hella w Opawie.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Trzebicky. Znam przypadek *carcinoma mammae recidivum* w którym stosowano wstrzykiwania *chelidonium maius*.

Po tych wstrzykiwaniach występowała silna reakcya, zaczerwienienie i bóle, poczem wytwarzał się głęboki ropień. Jeżeli zastrzyknięto w bezpośrednie sąsiedztwo guzka nowotworowego, to po wyleczeniu ropnia można się było przekonać, że guzek nowotworowy wyropiał w zupełności i powstawała blizna, która nie przedstawiała żadnych nieprawidłowości i żadnych śladów nowotworu.

Kol. Świtalski: *Denisenko* radzi wstrzykiwać extr. chelidonii na granicy między naciekiem nowotworowym a zdrową tkanką. Otóż w przypadkach *carcinoma uteri inoperabile* jest rzeczą bardzo trudną, czasem wprost niemożliwą zastosować się do tej rady. Przy trudnościach technicznych połączonych z tym zabiegiem chyba tylko przypadkowo końcem długiej igły w tę granicę trafić można. Nadto nie trzeba zapominać, że w kłówając igłę w tkankę parametrytyczną a w przypadkach *carc. uteri inoperabile* właśnie tam wstrzykiwać by trzeba, można nakłuć tętnicę maciczną i sprowadzić groźny krwotok.

Kol. Wiszniewski: Raz tylko miałem sposobność użyć tej metody w *carcinoma mammae.* Wstrzyknięcie jednak wyciągu *chelidonium* sprowadziło tak gwałtowne bole i krwawienie, że pacyentka na dalsze wstrzykiwania zgodzić się nie chciała. — Do wytworzenia się ropnia w tym przypadku nie przyszło. Jeżeli, jak powiada kol. Doliński, domieszka kokainy zmniejsza ból, to szczegół ten ułatwi leczenie tym środkiem.

Kol. Doliński: Niedawno czytałem, że jeden z autorów robił doświadczenia nad działaniem tego środka w swojej klinice w Dorpacie i nie widział najmniejszego rezultatu. Pojechał następnie do Denisenki i przekonał się że tam na miejscu przeciwnie wyniki są rzeczywiście świetne. Przemawia to za tem, że preparaty nie były jednakowe.

Na tem zakończono posiedzenie.

---

## LXXXII. Posiedzenie z dnia 26 stycznia 1897.

Przewodniczący kol. Mars, sekretarz kol. Rosner.

Jako goście koll.: Janiszewski, Jaugustyn, Ackermann.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) W głosowaniu kartkowem wybrano kol. Smorągiewicza jednogłośnie członkiem czynnym Tow. ginekologicznego.

3) kol. Przewodniczący i kol. Kośmiński proponują kol. Laxa na członka czynnego.

4) kol. Braun, jako sekretarz administracyjny zawiadamia, że Rocznik VI-ty za rok 1895 już opuścił prasę. Wie, że kol. Rosner przygotował już następny rocznik do druku i pragnie, żeby koledzy zastanowili się, czy w obec deficytu w kasie Towarzystwa można do druku tego VII-go Rocznika przystąpić. Zawiadamia w końcu, że do Rocznika VI-go dołączył uwagę, która ma służyć do poinformowania kolegów zamiejscowych nieznających statutu i może zdoła ich zachęcić do przystąpienia do Towarzystwa w charakterze członków korespondentów. W dyskusyi nad wywodami kol. Brauna zabierali głos.

kol. Rosner, który sądzi, że druk Rocznika musi być kontynuowany, i że środki do pokrycia deficytu należy obmyśleć później po wysłuchaniu wywodów skarbnika.

kol. Kośmiński jako Skarbnik poświadcza, że w Kasie jest deficyt 38 złr. po opłaceniu kosztów druku Rocznika, które wynoszą 128 złr.

kol. Wiszniewski radzi całą tę sprawę odesłać do Wydziału, który zastanowi się nad sposobem przysporzenia kapitału.

kol. Kośmiński sądzi, że jedynym środkiem jest zjednywanie towarzystwu większej ilości członków czynnych i korespondentów.

Towarzystwo uchwaliło większością głosów wniosek kol. Wiszniewskiego.

5) kol. Rosner, jako sekretarz naukowy zawiadamia, że otrzymał od prof. Saengera z Lipska urgens w sprawie niemieckich wyciągów z posiedzeń naszego Towarzystwa, które mają się pojawić w Monatschrift. Przy tej sposobności donosi, że manuskrypt niemiecki już przepisany wyszle jutro do Lipska. Jeżeli otrzyma jakie honoraryum autorskie, odda je skarbnikowi.

W dyskusyi przypomina kol. Braun, że dawniej już Towarzystwo powzięło uchwałę, ażeby honoraria autorskie wypłacane członkom Towarzystwa ginek. wpływały do kasy Towarzystwa.

kol. Przewodniczący wyraża kol. Rosnerowi podziękowanie za podjęcie i wykonanie tej pracy.

6) kol. Przewodniczący zawiadamia Tow., że niedawno odbyło się posiedzenie Wydziału, które zajmowało się specyalnie losem Rocznika naszego Towarzystwa. Wniosek, który wówczas uchwalono brzmi:

1) Rocznik Tow. ginekolog. ma być począwszy od roku 1897 powiększony i ma nadal odzwierciedlać nietylko ruch w Tow. ginekol. ale nadto ruch naukowy położniczo-ginekologiczny krakowski i poza Towarzystwem naszem.

2) W tym celu należy umieszczać w Roczniku oprócz protokółów posiedzeń naszego Towarzystwa:

*a*) sprawozdania naukowe z ruchu chorych w klinice ginekol.-położniczej, w szkole położnych, ewentualnie w prywatnych zakładach.

*b*) kronikę dotyczącą zdarzeń, obchodzących świat ginekologiczny krakowski, a w szczególności odnoszącą się do instytucyi naukowych jak klinika, szkoła położnych, zakłady prywatne etc.

*c*) spis bibliograficzny prac polskich z dziedziny ginekologii i położnictwa.

3) W tym celu ma być wybrany komitet redakcyjny złożony z trzech członków Towarzystwa.

Wydział Tow. ginekol. nie przeceniając sił, jakiemi rozporządza nasze nieliczne Towarzystwo, ogranicza się na razie do tych wniosków. Pragnie jednak dać wyraz nadziei, że z czasem Rocznik za współudziałem pracujących w położnictwie i ginekologii Polaków, stanie się organem reprezentującym w Polsce te dwie potężnie rozwijające się gałęzie nauk.

W dyskusyi ogólnej nad tymi wnioskami zabiera głos:

kol. Braun: Popiera on myśl Wydziału, która mu się bardzo podoba, sądzi jednak, że urzeczywistnieniu jej stanie na przeszkodzie niepomyślny stan finansów i dla tego radzi odłożyć na później zastanawianie się nad tym przedmiotem.

kol. Rosner wskazuje, jako na możliwe źródła finansowe na dotacye rządowe, o które można by się wystarać.

kol. Mars popiera tę myśl i prosi, ażeby Towarzystwo w zasadzie wnioski wydziału przyjęło.

kol. Świtalski jest przeciwnym odroczeniu tej sprawy i popiera wniosek Wydziału.

Wniosek ten przyjęto.

kol. Przewodniczący odracza dyskusyą szczegółową do następnego posiedzenia.

7) Kol. Rosner:

## Uwagi o wczesnych objawach raka szyi macicy.

Powszechnie to znany a bardzo smutny fakt, że rak macicy, z chwilą, kiedy się chora zgłasza do ginekologów, jest najczęściej tak rozrosły, że do radykalnego leczenia już się nie nadaje.

Winter w Niemczech a Świtalski u nas zastanawiali się nad przyczynami tego złego i nad drogami poprawy.

Co do pierwszego punktu, to obaj godzą się na jedno zdanie, które tu za Świtalskim powtórzę: „W największej ilości przypadków, przyczyna tego leży w wielkiej nieudolności samych chorych, w dużej jeszcze ilości przypadków winni są lekarze i akuszerki, a w najmniejszej ilości, bo zdarza się to wyjątkowo, przyczyna leży w rozwoju samej sprawy chorobowej wśród bardzo nieznacznych objawów". Do zdania tego opartego na cyfrach statystycznych przyłączam się w zupełności.

Przypadek, który mam zamiar Panom opowiedzieć należy do tej trzeciej kategoryi i jest tem bardziej wyjątkowy, że sprawa chorobowa przebiegała nie wśród bardzo nieznacznych objawów, ale z g o ł a b e z o b j a w ó w. Moja uczennica i dobra znajoma Z. K. 29-letnia mężatka, akuszerka zgłosiła się do mnie 19 grudnia 96 z powodu jakichś nieuchwytnych objawów sercowych. Mimo, że objawy przemawiały za jakiemś cierpieniem wewnętrznem, nie odsyłałem chorej do internisty, tylko postanowiłem naprzód zbadać i dopiero w danym razie skierować chorą do specyalisty. Organa klatki piersiowej zbadałem w pozycyi chorej stojącej i nie znalazłem nic nieprawidłowego, poczem kazałem się położyć na kanapkę, przeznaczoną do badań ginekologicznych i przystąpiłem do badania narządów jamy brzusznej. Wątroba, śledziona i kiszki nie przedstawiały zboczeń chorobowych. Następnie umyłem się, wziąłem wazelinę na palec i miałem przystąpić do badania przez pochwę.

Szczerze przyznać się muszę, że czyniłem to bez namysłu wprost przez zapomnienie. Przyzwyczaiwszy się badać tylko ginekologicznie pacyentki i mając przed sobą chorą leżącą na kanapce do tego przeznaczonej, instynktownie zabrałem się do tego badania. Chora, która sądziła, że to badanie jest niepotrzebne, zaczęła się bronić utrzymując „że przecież na macicę jest zdrowa". Naturalnie nie mogłem się przyznać, że do badania przez pochwę zabierałem się bez namysłu — nie pozwalała mi na to ambicya.

Więc wyjaśniłem chorej potrzebę tej palpacyi, wprowadziłem palec do pochwy i znalazłem *carcinoma uteri* bardzo rozległe tak, że prawie już do operacyi się nie nadające.

Pojmiecie Panowie moje zdumienie i przerażenie, którego nie chciałem dać po sobie poznać.

W przekonaniu, że chora z tych lub owych względów zataiła przede mną objawy tego cierpienia, przystąpiłem do dokładnych wywiadów, które wykazały, że chora nie cierpi zgoła na żadne „maciczne“ przypadłości. Ani krwawień, ani upławów, ani bólów!

Pacyentce oświadczyłem, że jest poważnie cierpiąca, że operacya nie da się uniknąć i musi być jaknajrychlej wykonaną.

W trzy dni później chora zgłosiła się do kliniki Prof. Jordana a nazajutrz t. j. 23/XII miałem sposobność dzięki niezwykłej uprzejmości mojego dawnego szefa wykonać u niej *exstirp. uteri per vaginam.*

Badanie przed operacyą wykazało, że mamy tu do czynienia z kankroidem, który w postaci nacieku nad powierzchnią zdrowych tkanek wyniosłego zajmuje tylne i prawe sklepienie pochwy i tylną i prawą ścianę części pochwowej nie dochodząc wszelakoż do ujścia. Trudno dziś rozstrzygnąć jaki był jego punkt wyjścia i czy z części pochwowej przeszedł na pochwę czy na odwrót. Zdaje mi się jednak, że nowotwór musiał się zacząć rozwijać na części pochwowej blisko sklepienia prawego. Po za ujściem na wardze tylnej widać drobne odosobnione ognisko nowotworu. Rysunek, który Panom przedstawiam, a który wykonał Pan Barącz bezpośrednio przed operacyą — wyjaśni Panom te stosunki. Macicę znaleźliśmy w tyłozgięciu i nie byliśmy jej w stanie odprowadzić. Parametria wydawały się nienaciekłe.

Operacya nie była łatwą. Przedewszystkiem część pochwowa nie dała się należycie sprowadzić do szpary sromowej, powtóre pochwa, i jak się okazało, i tkanka parametrytyczna była naciekła, tak, że od strony prawej trudno było dostać się po za granicę nowotworu a w końcu macica

i części jej dodatkowe w obu stronach były mocno do otoczenia przyrośnięte. Na szczęście bez wielkiej obawy przeszczepienia nowotworu można było przeciąć przednią ścianę macicy od ujścia aż do dna, co bardzo ułatwiło wytoczenie macicy przed szparę sromową. Otwarcie jamy Douglasa natrafiało na trudności. Po stronie lewej założyłem na *lig. latum* od góry na dół pince Doyenowski — po stronie prawej uciec się musiałem do ligatur *en masse.* Uczyniłem to z obawy przed uchwyceniem moczowodu. Ligatury dały się jednak założyć tylko od trąbki aż ponad naciek — dalej sama tkanka parametrytyczna — *basis lig. lati* nie dała się w ten sposób zaopatrzyć. Uciekliśmy się więc do sposobu, który przedstawiał *ultimum refugium* to jest bez poprzedniego zaopatrzenia naczyń zaczęliśmy przecinać tkankę na zewnątrz od nowotworu, chwytając każde przecięte i krwawiące naczynie pince'em. W ten sposób udało nam się obejść naciek i ukończyć zabieg.

Przebieg pooperacyjny nie był idealny. Dwa razy ciepłota podniosła się do 38°. Towarzyszyły jej bole pochodzące od tworzącej się wypociny

22/I. chora opuściła klinikę. Badanie w tym dniu wykazało, że po stronie prawej jest nieznaczny naciek czy zapalny, czy nowotworowy, trudno dziś rozstrzygnąć.

Przypadek ten jest z wielu względów ciekawym, a nawet niezwykłym. Przedewszystkiem dotyczy kobiety młodej, która tylko raz rodziła. W statystyce Świtalskiego widzimy, w tym wieku tylko 5% kobiet. Dalej nowotwór ma postać bądź co bądź nie codzienną kankroidu powierzchownego części pochwowej. Po trzecie choroba, mimo wyraźnego zajęcia tkanki parametrytycznej przebiegała bez śladu objawów, w końcu zabieg operacyjny przedstawiał się niezwykle z powodu trudności w zaopatrzeniu więzadła prawego.

Niewątpliwie najbardziej interesującym jest brak wszelkich objawów. Jest on jaskrawym dowodem, jak podstępnie przebiega czasem rak części pochwowej i wykazuje, że zajęciu tkanki parametrytycznej nie muszą towarzyszyć bóle.

Jakaż z przypadku tego praktyczna nauka? Dla ginekologów, którzy i tak badają *per vaginam* lub *rectum* wszystkie do nich zgłaszające się chore, z pewnością żadna. Ale dla lekarzy, którzy nie trudnią się tym specyalnym fachem i do których zgłaszają się chorzy z wszelkiego rodzaju cierpieniami — z przypadku tego płynie nauka, że badanie przez pochwę nie powinno być, o ile to być może, nigdy zaniedbywane, najmniej zaś wtedy, kiedy chora żali się na przypady maciczne.

Tak Winter jak i Świtalski zwracają uwagę na objawy raka. Te które są znamienne dla raka, występują zwykle w późnem stadyum rozwoju — objawy zaś wczesne, jeżeli są, nie są objawami raka, tylko wogóle mówiąc cierpienia macicznego. Krwawienia, upławy, bóle! Ileż to razy słyszymy takie wywiady, tak zwykłe, że aż banalne! Słyszymy je i przy włókniakach, i przy zmianach w częściach dodatkowych i przy tyłopochyleniach resp. tyłozgięciach i przy katarach macicznych — jednem słowem przy najczęstszych, codziennych cierpieniach ginekologicznych. Objawów raka nie ma — są tylko objawy rozpadu raka lub zapalenia otrzewny nowotworowego. Więc nie mogę się zgodzić z kol. Świtalskim, jakoby wywiady w tych wczesnych przypadkach miały jakiekolwiek znaczenie — ma je tu wyłącznie i jedynie badanie przedmiotowe. Zwracanie uwagi na objawy anamnestyczne, których istnienie „ma się stać bodźcem do dokładnego badania części rodnych“ ma tę ujemną stronę, że stanie się powodem zbyt pobieżnego badania a może i niebadania chorych, które tych objawów nie okazują. Nie jestem przeciwnikiem wywiadów ginekologicznych i wiem, że w wielu przypadkach a specyalnie w tych, w których chodzi o ciążę, znakomicie ułatwić mogą rozpoznanie — tylko nie w przypadkach wczesnych raka.

Weźmy np. jeden z tych symptomatów: krwawienie. Ma on wtedy wartość, jeżeli przechyla rozpoznanie, które się waha między dwoma cierpieniami na stronę jednego z nich. A krwawienia czyż przemawiają tylko za rakiem a może przeciw włókniakowi, *emdometr. corporis i t. d.*?

A upławy i bóle w wyższym jeszcze stopniu niż krwawienia towarzyszyć mogą wielkim innym cierpieniom.

To samo, tylko w wyższym jeszcze stopniu odnosi się do propozycyi kol. Świtalskiego, ażeby akuszerkom „zwrócić uwagę na wczesne objawy tego nowotworu“. Oprócz tego radzi kol. Świtalski zwracać uczennicom akuszeryi „szczególniejszą uwagę na to tak straszne cierpienie, należy im przedstawić przykre następstwa zgłaszania się póżnego tych chorych do operacyi“ etc. Otóż co do tych dwóch ostatnich punktów, to sądzę, że są one zbyteczne, gdyż rak macicy jest cierpieniem powszechnie znanem, a i o tem wie chyba każda akuszerka, że kobiety zgłaszające się z tem cierpieniem zbyt póżno do lekarza — są stracone. Sprzeciwiałbym się natomiast zwracaniu uwagi akuszerkom na wczesne objawy raka, gdyż uważam to za broń obosieczną. Przedewszystkiem jest to pewnego rodzaju aprobatą praktyki ginekologicznej akuszerek, a powtóre prowadzi do tego, że akuszerki pouczone o tych wczesnych objawach śmiało się wezmą do leczenia kobiet, mających raka bez tych wczesnych objawów a przypuszczam wśród świądu sromu, parcia na mocz etc. Bo akuszerka dowiedziawszy się w szkole o tem, jakiemi objawami rak się zaczyna, wykluczy raka, ilekroć tych objawów nie będzie. A w końcu nie będzie to prowadzić do celu dlatego, że akuszerka, która jedną, drugą i dziesiątą chorą odeszle do lekarza w przekonaniu, że jest dotkniętą rakiem — dowiedziawszy się, że lekarz przepisał przestrzykiwania, i że raka u tej chory nie ma, straci powoli wiarę w te objawy.

Uważając, podobnie jak kol. Świtalski, praktykowanie akuszerek w ginekologii za złe, które dla dobra chorych wykorzenionem być powinno, nie wahałbym się przemawiać za zastosowaniem środków represyjnych, które przeprowadzane konsekwentnie, powoli zaczęłyby wydawać owoce.

Zresztą i w inny sposób należałoby temu przeciwdziałać. Potężną dźwignią byłaby zapewne oświata, z którą zawsze w parze idzie zrozumienie własnego interesu. Dalej należy się spodziewać, że zmiana w studyach lekarskich pole-

gająca na podwojeniu ilości obowiązkowych godzin wykładowych ginekologii doprowadzi do tego, że lekarze będą w stanie rozpoznać wczesne stadya raka. W końcu zwracać się powinno mojem zdaniem baczną uwagę na to, ażeby przypadki spóźnione nie były poddawane pseudoradykalnym zabiegom, po których zawsze występuje nawrót. Takie postępowanie dyskredytuje operacyę i wogóle leczenie i przyczynia się do tego, że kobiety niechętnie szukają pomocy lekarskiej. Wiemy przecież, że każda pacyentka z zaszytą i wygojoną fistułą moczową, wyleczona z rozmiękczenia kości lub z jakiego bądź innego cierpienia jest później u siebie na wsi i w okolicy bardzo czynnym ajentem kliniki, głoszącym wiarę w skuteczność operacyjnego leczenia. Z drugiej strony każda chora z nawrotem raka w najlepszej zapewne wierze psuje reputacyą operacyjnej medycynie i powstrzymuje inne chore od dość wczesnego zgłaszania się do lekarza. Położyć koniec wszelkim nawrotom nie jesteśmy dziś z pewnością wstanie, nie powiększajmyż więc dobrowolnie ich ilości.

A w końcu słówko — dotyczące rozpoznania. Lekarz, który mając przed sobą kobietę, żalącą się na objawy maciczne, nie przedsiębierze badania przez pochwę — popełnia wielki błąd i lekkomyślnie bierze na swoją odpowiedzialność życie ludzkie. Niedawno zgłosiła się do mnie osoba blisko 50-letnia z uporczywymi krwotokami. Lekarz, który ją przed kilku miesiącami leczył zapisał *hydrastis* i chorej nie badał wcale. Na szczęście nie chodziło o raka. Zakończyć mogę słowami Wintera: *„Die Diagnose des Uteruscarcinoms ist die verantwortlichste, welche vom Arzt verlangt wird: jede Fehldiagnose kostet ein Menschenleben, und die zu spät gestellte Diagnose oft ebenfalls... Unter allen Umständen und mit allen Hilfsmitteln der Diagnose, muss dahin gestrebt werden, den Krebs bei der ersten Untersuchung richtig zu erkennen. Zu diesen Hilfsmitteln, welche einem praktischen Arzte zur Verfügung stehen, rechne ich auch die Consultation eines erfahrenen Collegen. Die Beobachtung einer carcinomverdächtigen*

*Kranken auf etwa später hervortretende destruirende Eigenschaften... muss heute als von Kunstfehler bezeichnet werden.*

Dyskusyę nad tą rozprawą odłożono do następnego posiedzenia.

8) Kol. Kośmiński odpowiedział:

Przypadek *graviditas interstitialis.*

R S. lat 28 przyjęta 20 grudnia 1896 roku na oddział III. *b.* Pierwsza regularność wystąpiła u niej w 15 roku życia i odtąd powtarzała się w nieregularnych odstępach czasu, bo co 4 lub 6 a nawet i więcej tygodni, trwając przez 4 do 10 dni, zawsze obfita. Rodziła razy 5, ostatni raz przed $1\frac{1}{2}$ rokiem, porody i połogi prawidłowe. Przed 3-ma laty roniła. Ostatnia regularność we wrześniu 1894 roku, w czerwcu 1895 roku urodziła na czasie prawidłowo, poczem karmiła aż do sierpnia 1896 roku. Po odstawieniu dziecka regularność nie wystąpiła, dopiero dnia 1. listopada 1896 r. pokazały się skąpe, blado różowe odchody przez pół dnia. Wtym czasie zauważyła chora guz wielkości pięści w dolnej części brzucha, równocześnie zaś wystąpiły bóle w podbrzuszu, które się rozpromieniały do obu kończyn dolnych. Przedtem nie miała żadnych przypadłości, od listopada zmienił się jej smak, występowały często nudności na czczo, jednak nie tak, jak podczas poprzednich ciąży i teraz wcale nie umie powiedzieć, czy jest obecnie w ciąży, czy nie. W listopadzie i grudniu pojawiały się co kilka dni z części rodnych odchody blado różowe, nie obfite.

Stan obecny: Budowa licha, odżywienie podupadłe, niedokrewność znaczna. Sutki obwisłe, małe, zrazy gruczołu nie zdają się być powiększone, ze sutków nie daje się nic wycisnąć. Brzuch płaski, wiotki, na skórze liczne blizny stare, białe, linia środkowa pod pępkiem nieco ciemniej zabarwiona. Nad spojeniem łonowem więcej po stronie prawej wyczuć się daje guz kształtu jajowatego, gładki, wychodzący z miednicy małej, z boku na bok nieco przesuwalny, sięgający na jeden palec poniżej pępka, guz ściśle ograniczony,

elastyczny, który od czasu do czasu pod ręką jędrnieje, przyczem chora uskarża się na dotkliwy ból, szczególniej po stronie prawej. Szpara sromowa ziejąca, przedsionek charakterystycznie sinawy, pochwa krótka, szeroka, pulchna, część pochwowa nisko ustawiona, rozpulchniona, na mniej niż falangę długa, ujście szparowate z licznymi wrębami.

Badanie oburęczne wykazało, że dalszy ciąg części pochwowej wyczuwa się jako wązki pasek grubości małego palca, który następnie przechodzi bezpośrednio w ściany powyżej opisanego guza. Przy dokładnem badaniu jednak uderza niejednostajna zbitość ścian guza, a mianowicie bardzo wyraźnie czuć, że dolna część guza po stronie lewej jest znacznie twardszą i że ta część twardsza, wyraźnie od reszty guza zaznaczona wielkością i kształtem, przypomina część trzonu macicy nieco powiększonej, od górnego zaś brzegu lewego tej części twardszej czuć wyraźnie odchodzącą trąbkę prawidłowych rozmiarów a obok u boku nieco powiększony jajnik. W stosunku do całego guza trąbka lewa odchodziła nieco poniżej miejsca odpowiadającego połowie guza. W przeciwstawieniu do części twardszej po stronie lewej reszta guza wyczuwała się jako elastyczny chełbocący guz, wielkości głowy noworodka, o ścianach cienkich, od czasu do czasu jędrniejących. Trąbka prawa odchodziła znacznie wyżej, aniżeli lewa, bo mniej więcej we wysokości $^1/_3$ części górnej guza, część jej obok guza była znacznie grubsza a ściany jej niewyraźnie przechodziły w elastyczne ściany guza; część obwodowa prawej trąbki i jajnik prawy prawidłowe. Dwukrotne w odstępach tygodniowych badania nie wykazały żadnej zmiany.

Z badania tego nabrano przekonania, że guz ten odpowiada powiększonej macicy skutkiem ciąży nieprawidłowo się rozwijającej. Więzadła okrągłe, trąbki i jajniki znajdowały się w tym przypadku po obu stronach guza tak jak w przypadkach ciąży wewnętrzno-macicznej, ciąży interstycyalnej i ciąży rozwijającej się w jednym z rogów macicy dwurożnej, mniej lub więcej rozwiniętym, lub nawet szczątkowym.

Wybitnie niejednostajna zbitość ściau, nie zupełnie symetryczne zarysy guza i położenie zbaczające od linii środkowej ciała odróżniały opisany przypadek od ciąży wewnętrzno-macicznej, niemożność zaś wybadania obok guza drugiego osobnego rogu macicy dwurożnej pozwalało wykluczyć ciążę w jednym z rogów macicy dwurożnej.

Po dłuższej dokładnej obserwacyi, gdy rozpoznanie ciąży interstycyalnej z dążnością rozrostu ku jamie macicy za jedynie możliwe przyjęto, postanowiono ciążę przerwać, tem więcej, że dotycząca osoba bardzo niedokrewna, z powodu długi czas trwających obfitych odchodów krwawych coraz więcej na siłach podupadała, występujące zaś często wybitne skurcze macicy, które po podawaniu nalewki makowca nie ustępowały, jak nie mniej obfite odchody nie pozwalały przypuszczać, aby w tym przypadku ciąża mogła być do końca utrzymaną.

Z tego powodu założono dnia 11. lipca 1897 r. gazę jodoformową do macicy wysoko aż po za ujście wewnętrzne, poczem w kilka godzin wystąpiły silne skurcze macicy. Następnego dnia wyjęto gazę i założono świeżą. Dnia 13. stycznia po wyjęciu gazy przekonano się, że część pochwowa zanikła prawie zupełnie, a przez ujście zewnętrzne dwa palce przeprowadzić można. W celu większego rozszerzenia założono do jamy macicy mały balonik kauczukowy a wypełniwszy go powoli, wysunięto. Wśród tego pękł pęcherz płodowy, wprowadzono zatem dwa palce a wyczuwszy płód w położeniu poprzecznem uchwycono nóżkę płodu i ściągnięto, a następnie pociągając za nią, wydobyto płód około 15 cm. długi, okazujący cechy świeżej maceracyi. Ponieważ po wydobyciu płodu macica bardzo leniwo się kurczyła, krwawienie zaś obfite wystąpiło, wydalono popłód ręcznie. Bardzo pouczającem było badanie wewnątrz maciczne dwoma palcami przy wydobywaniu popłodu i bezpośrednio potem. A mianowicie dolna część macicy jako też lewa strona jamy okazywała ściany jędrne, grube, tak jak się to wyczuwa po wprowadzeniu palców do jamy macicy po poronieniu w pierwszych miesiącach, prawa zaś strona i część górna jamy

była znacznie, bo prawie dwa razy większą, a ściany jej wiotkie, bardzo cienkie, nie kurczące się wyraźnie odróżniały się od ściany po stronie lewej, tak, że po zoryentowaniu się można było rozróżnić jakby dwie jamy, jedną mniejszą o ścianach grubszych, drugą większą o ścianach cienkich, które ze sobą się łączyły przez bardzo szeroki otwór. Łożysko usadowionem było na prawej i przedniej ścianie jamy większej. Z powodu silnego krwawienia wytamponowano jamę gazą jodoformową. Połóg przebiegał prawidłowo. Po 24 godzinach usunięto gazę z pochwy, po dalszych zaś 48 godzinach resztę gazy, która po większej części z macicy do pochwy została wypchniętą. Macica zwijała się szybko tak, że w dziesiątym dniu połogu zaledwie nad spojeniem łonowem wyczuć się dawała. Obecnie, to jest w dwa tygodnie, wykazać można, że część pochwowa jest na falangę długa, ustawiona w osi miednicy, ujście tworzy szparę poprzeczną z wrębami, macica leży w prawidłowem przodozgięciu, w całości jest nieco większa, ruchoma. Od rogu lewego macicy odchodzi trąbka lewa prawidłowych rozmiarów, z boku zaś, tuż przy kości łonowej, nieco powiększony jajnik. Okolica prawego rogu macicy wyczuwa się o zarysach więcej rozlanych, nie ostrych i jest w całości miększą, nie tak zbitą jak cała macica, natomiast róg ten jest znacznie większy; trąbka prawa jest w całości grubsza, tuż obok macicy rozszerza się lejkowato i przechodzi w ściany rogu macicy. Obwodowa część trąbki prawej i jajnik prawy prawidłowe. Trąbka lewa odchodzi nieco niżej, aniżeli trąbka prawa.

W przedstawionym przypadku mieliśmy zatem niewątpliwie do czynienia z ciążą interstycyalną, która w swoim rozwoju rozrastając się dośrodkowo ku jamie macicy, rozszerzyła ujście maciczne trąbki, skutkiem czego jaje płodowe rozwijało się częściowo w jamie macicy, częściowo zaś dalej w zaułku śródściennym macicy. Część jamy po stronie lewej o ścianach grubszych, którą można było dokładnie wyczuć po wydaleniu jaja płodowego, odpowiadała jamie macicy, druga zaś większa część jamy o ścianach

cienkich, wiotkich, odpowiadała miejscu pierwotnego usadowienia się jaja płodowego, a ścianę jej tworzyła bardzo znacznie rozszerzona i zcieńczała część ściany macicy.

9) Kol. Jordan:

Przypadek ciąży pięciomiesięcznej u osoby z wysokim stopniem krzywicy, skoliozą i rozwojem karlim ciała.

W dniu 18 stycznia 1897. zgłosiła się do kliniki R. R., lat 21 licząca izraelitka z Żołyni radząc się zpowodu braku regularności.

Anamneza wykazuje: chora do 7 roku nie mogła chodzić. W 15 roku pojawiła się pierwsza regularność, która trwała zwykle 3—4 dni; była skąpa, niebolesna i zawsze w czterotygodniowych odstępach. Ostatnia regularność 1. września 1896, a w kilka dni po niej miała zostać zgwałconą. Podczas tego nie czuła żadnego bólu ani nie umie podać, czy prącie zostało wsunięte do pochwy. Trzeciego października miał być wykonany drugi *coitus*.

Stan obecny:

Indywiduum wzrostu małego (109 cm.) o budowie nędznej, odżywieniu miernem. Waga 33 $^1/_2$ Klgr. Miernego stopnia *caput quadratum*. Obwód głowy 53 ctm. Porost włosów prawidłowy.

| | | |
|---|---|---|
| *Dist. bifrontalis* . . . . . . . . | 14 $^1/_2$ | cm. |
| „ *bitemporalis* . . . . . . . | 15 | „ |
| „ *mentooccipitalis* . . . . . | 21 | „ |
| „ *frontooccipitalis* . . . . . | 17 $^3/_4$ | „ |
| „ *bregmatico-suboccipitalis* . . | 15 | „ |

Obojczyki wystają bardzo silnie, prawy wyżej od lewego. Klatka piersiowa z przodu przedstawia bardzo wyraźne zmiany krzywicowe, wyraźny różaniec na brzegach mostka, który jest bardzo wąski, w górnej części wygięty ku przodowi i stronie prawej, w dolnej części ku tyłowi i stronie lewej. *Proc. xiphoideus* zaklęśnięty. Klatka piersiowa po stronie prawej jest wyżej ustawiona i szersza, niż po

lewej. Kręgosłup w części piersiowej wygięty ku stronie prawej (*scoliosis dextroversa*) w dolnej części piersiowej i części lędźwiowej wygina się ku stronie lewej.

Od 7 kręgu szyjnego do końca kości ogonowej 39 cm.

Stosunek kości rąk do długości zmieniony:

ramię = 17 cm.

przedramię = 20 „

Epifizy kości ramieniowej i przedramienia są znacznie zgrubiałe. Przy staniu bardzo wyraźne *X-Füsse*, przyczem nogi przylegają do siebie na szerokości 4 cm. na wysokości $^2/_3$ łydek. Kości udowe są wygięte łukowato ku przodowi i na zewnątrz, kości zaś podudzia wygięte w kierunkach przeciwnych. W epifizach kości kończyn dolnych bardzo znaczne zgrubienia. Kości goleniowe obu nóg skręcone koło osi podłużnej ku zewnątrz. Przy możliwem zbliżeniu kończyn dolnych odległość między palcami wynosi 20 cm. a między piętami 11·5 cm. Okolica biodra prawego jest pełna podczas gdy od strony lewej jest lekko wklęsła.

Od *trochanter* po stronie prawej do pięty 49 cm. — po lewej tak samo.

Obrzęków koło kostek brak. Nogi dziecięce. Sutki miernie rozwinięte — szeroko osadzone, obwódka odpowiada barwie włosów, brodawka drobna stożkowata, słabo rozwinięta, przy ucisku wydziela się klej. Tony serca czyste.

M i e d n i c a.

Talerze biodrowe niskie, kości cienkie brzeg więcej na zewnątrz wywinięty. Kość krzyżowa przebiega nieco skośnie od strony prawej ku lewej. *Spina ant. sup.* po stronie lewej leży wyżej, niż po prawej.

| | |
|---|---|
| W y m i a r y: *d. spin.* (brzeg zewnętrzny) | 26 cm. |
| „ *crist.* | $26^1/_2$ „ |
| „ *troch.* | $26^1/_2$ „ |
| *conjugata ext.* | $14^1/_2$ „ |
| odległość *spin. sup. post.* | 7 „ |
| odl. *spin. post. sup. sin.* — *spin. ant. sup. dext.* . . | $20^1/_2$ |
| odl. *spin. post. sup. dextr.* — *spin. ant. sup. sin.* . . | $18^1/_2$ |

odl. *spin. ant. sup.—spin. post. sup.* po lewej stronie $13^{1}/_{2}$
odl. *spin. ant. sup.* do *sp. post. sup.* po str. prawej $13^{1}/_{2}$
Odległość od *spin. post. sup.* po stronie lewej do *tuber. ossis ischii* tej samej strony . . . . $16^{1}/_{2}$
Odległość od *spin. post. sup.* po stronie prawej do *tub. ischii* tej samej strony . . . . . . . . $15^{3}/_{4}$
Odległość od *spina post. sup.* po stronie lewej do *tub. ossis ischii* po stronie prawej . . . . . . $15^{1}/_{2}$
Odległość od *spin. post. sup.* po stronie prawej do *tuber ossis ischii* po stronie przeciwnej $16^{1}/_{4}$
Odległość od *spina post. sup. sinistra* do dolnego brzegu spojenia łonowego . . . . . . . . . . 14
Odległość od *spin. post. sup. dextr.* do dolnego brzegu spojenia łonowego . . . . . . . . . . $14^{1}/_{2}$
Od dołka pod ost. *proc. spin.* do *spin. ant. sup.*
strony prawej . . . . . . . . . . . . . $15^{1}/_{2}$
strony lewej . . . . . . . . . . . . . 15
Kość krzyżowa jest krótka i wąska długość jej wraz z kością ogonową 11 cm. — *Conj. ext.* . . . $14^{1}/_{2}$

Odległość między łukiem żebrowym prawym a grzebieniem kości biodrowej prawej ledwo na palec szeroka, a klatka piersiowa wypukła się znacznie poprzed ten grzebień tak, że ten ostatni tylko z trudnością wybadać można.

Brzuch wypuklony tak wszerz, jak i wzdłuż. Macica powiększona sięga do połowy odstępu między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem i zbacza ku stronie prawej. Ściany brzucha i ściany macicy wiotkie — w macicy można wyraźnie wykazać części płodu; nad wchodem już daje się wybadać główka. Tętno płodu słyszalne po stronie lewej — szmer maciczny również.

| | | |
|---|---|---|
| Odległość od spojenia do pępka . . | 13 | cm. |
| do końca macicy . . . . | 18 | „ |
| do *proc. xyphoideus* . . . | 25 | „ |
| Obwód brzucha przez pępek . . . | 72 | „ |
| Obwód miednicy . . . . . . . . . | 76 | „ |

Wargi sromowe dobrze rozwinięte, lekko surowiczo-obrzękłe. Wargi sromowe małe, bardzo słabo rozwinięte

przedsionek mały, wejście do pochwy otoczone przez hymen wąskie; pochwa miernie długa i miernie szeroka. Część pochwowa na nie całą falangę długa, stożkowata, nieco wyżej ustawiona — ujście dla palca nie drożne.

Wysokość spojenia łonowego 5 cm. Promontorium zbacza ku stronie lewej. Kość krzyżowa jest bardziej wygięta ku przodowi, przebiega skośnie ku stronie lewej, a obok tego jest nieco skręcona około osi podłużnej od strony lewej ku prawej w ten sposób, że brzeg jej lewy leży nieco wyżej, niż prawy.

Promontorium leży dość wysoko, ale blisko spojenia łonowego i nie bardzo sterczy do kanału miednicy. Kręgi kości krzyżowej są w ogóle b. niskie, granica pomiędzy 1—2 zaznaczona jest wyraźną listwą i dopiero w okręgu kości krzyżowej tworzy wyraźne zagięcie. Skrzydło kości krzyżowej po stronie lewej leży wyżej i więcej wypuklone jest ku przodowi, niż po stronie prawej. Gałąź pozioma kości łonowej jest nieco więcej wklęsła, niż po stronie lewej. Spojenie łonowe przebiega nieco ukośnie ku stronie lewej i jest wysokie koło 4 cm. Całej *linea terminalis* nie można dokładnie wybadać.

Odległość końca kości krzyżowej po stronie prawej jest wyraźnie większa, niż po stronie lewej.

Mamy więc przed sobą osobę ciężarną, skoliotyczną z bardzo daleko posuniętemi zmianami krzywicowemi.

Następuje przedstawienie chorej. Kilku koll. przedsiębierze badanie przez pochwę.

W dyskusyi zabierali głos:

kol. Rosner: Przypadek, przedstawiony przez Prof. Jordana, jest w wysokim stopniu interesującym przedewszystkiem ze względów rozpoznawczych.

W obec uderzająco niskiego wzrostu pacyentki, należy myśleć o achondroplasii, cierpieniu rzadkiem, opisanem dokładnie przez Poraka na I szym międzynarodowym zjeździe w Brukseli, dalej o krzywicy bardzo daleko posuniętej i o wzroście karlim. Przed dwoma laty obserwowaliśmy w klinice przypadek typowej niemal achondraplasii. Badając pacyentkę dziś przedstawioną cierpienie to wykluczyć możemy. Przedewszystkiem osoby z achon-

droplasyą uczą się chodzić tak samo wcześnie jak normalnie, gdyż choroba, polegająca na patologicznych zmianach w warstwie proliferacyjnej epifizarnej przy zupełnie normalnem kostnieniu od okostnej, nie doprowadza nigdy do kruchości i giętkości kości, właściwej krzywicy, tylko jedynie do tego, że kości są krótkie a grube. Komórki chrzęstne, które normalnie w warstwie proliferacyjnej układają się w wysokie kolumny — tworzą w tem cierpieniu ograniczone małe wyspy.

Ztąd brak wzrostu epifizarnego. Dalej z tej samej przyczyny nie przychodzi nigdy do wygięcia kości długich, które cechuje krzywicę i w tym przypadku bardzo wyraźnie występuje. W końcu tułów w achondroplasii rozwija się w porównaniu z kończynami wcale dobrze, tak, że jest uderzający niestosunek między długością tułowia a kończyn, tak jak to było w przypadku obserwowanym przed dwoma laty. I tutaj nogi są krótkie, jednak to skrócenie odnieść musimy, przynajmniej w części, do wygięć. Gdybyśmy byli w stanie kości udowe wyprostować, i nogi wydłużyłyby się o jakie 10 ctm. Wreszcie i kształt głowy nie przemawia za achondroplasią.

Że mamy do czynienia z krzywicą, nie ulega żadnej wątpliwości. Badając miednicę przekonywamy się wszelako, że oprócz cech miednicy rachitycznej, skoliotycznej, znajdujemy niektóre właściwości, które temu nie odpowiadają.

I tak: kości są cienkie delikatne, a wychód wyraźnie w wymiarze poprzecznym ścieśniony. Wiemy przecież, że krzywica pozostawia po sobie najczęściej zgrubienie kości, powstałe przez skostnienie warstw kostninowych, wytworzonych przez okostną. I miednice płaskie krzywicowe często mają kości grube.

Z drugiej strony wiemy, że wymiar poprzeczny wychodu, czyli odległość guzów siedzeniowych od siebie, bywa w miednicach płaskich krzywicowych raczej większa od normalnej, niż mniejsza. Biorąc to wszystko pod uwagę powiedzieć musimy, że w tym przypadku mamy przed sobą miednicę karlą o dziecięcych kształtach i wymiarach, zmienioną w swoich wymiarach i cechach przez daleko posuniętą krzywicę i skoliozę.

Mam tu na myśli te miednice karle, które zachowały typ dziecięcy i są lejkowate. Na tej podstawie uważałbym ten przypadek za bardzo niezwykły i interesujący.

kol. Jordan: Co do zabiegu leczniczego, to mam zamiar przerwać u niej ciążę. Mam to przekonanie, że płód 5 ciomiesięczny przejdzie przez tę miednicę i uważam, że będzie to zabieg dla niej nieporównanie łagodniejszy, niż cięcie cesarskie pod koniec ciąży.

Indywiduum to, jak słusznie powiedział kol. Rosner oprócz krzywicy przedstawia wzrost karłowaty i można się obawiać hypoplasyi naczyń i, co za tem idzie, bardzo małej odporności organizmu. Zdaje mi się, że ostatnie miesiące ciąży przyniosłyby ze sobą pogorszenie ogólnego stanu, co w jeszcze wyższym stopniu osłabiłoby jej odporność i zamąciło rokowanie cięcia cesarskiego. Gdyby chora była się była zgłosiła n. p. w 8 mym miesiącu księżycowym ciąży, to niewątpliwie czekałbym, o ile by się to dało, do końca, ze względu na nią i na jej płód; bo mam to przekonanie, że już w tedy nie czasby było myśleć o przerwaniu ciąży. Dziś jednak mam obowiązek wybrać najłagodniejszy dla niej sposób wyjścia z tego kłopotu.

ad 8) kol. Mars prosi kol. Jordana, aby zechciał wypowiedzieć swoje zdanie co do chorej przedstaw onej, przez kol. Kośmińskiego.

Kol. Jordan znalazł macicę mniej więcej normalną dobrze skurczoną. Po stronie lewej czuć trąbkę prawidłową, ledwo wybadalną.

Cała macica po stronie lewej ma ostrzejsze kontury, po stronie prawej brzeg jej nie jest tak ostro zaznaczony i kontur więcej zamazany. Tumoru jakiegoś nigdzie nie czułem. Wybadałem nadto, że trąbka prawa przed wejściem do macicy rozszerza się i zachowuje się przez to zupełnie inaczej, niż po stronie przeciwnej. Ten wynik badania przemawia zdaniem kol. Jordana za rozpoznaniem przebytej *graviditas interstitialis.*

---

## LXXXIII. Posiedzenie z dnia 16 lutego 1897.

Przewodniczący: kol. Prof. Mars, potem kol. Braun, sekretarz kol. Rosner.

Jako goście koll.: Kaden z Rabki, Janiszewski i Jaugustyn z Krakowa.

1) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Przewodniczący wita obecnego na posiedzeniu kol. Kadena z Rabki.

3) Kol. Rosner, jako sekretarz naukowy, donosi, że druk Rocznika za r. 1896 jest obecnie w toku. Od zamierzonego pomieszczenia w nim tablic trzeba będzie odstąpić z powodu wielkich kosztów, jakie ta za sobą pociąga. Przedkłada kosztorys zakładu litograficznego M. Salba w Krakowie, opiewający na

przeszło 500 złr. Natomiast rocznik zawierać będzie w tekście 3 cynkotypie, których koszta pokryją autorowie.

Co do sprawozdań niemieckich, to znajdują się one obecnie w rękach prof. Sängera; dalszy ciąg przesyłać się będzie co kwartał.

Kol. Mars radzi kol. Sekretarzowi zwrócić się do zakładu litograficznego warszawskiego, który jest tańszy, i dla oszczędności kazać pomniejszyć ryciny i zamiast chromolitografii wykonać zwykłą litografią.

Kol. Braun zwraca raz jeszcze uwagę na brak funduszów w kasie Towarzystwa i prosi Tow. o zezwolenie formalne na druk Rocznika, oraz gwarancyą, że koszta będą pokryte.

Towarzystwo gwarancyą tę uchwala.

4) Kol. Lax wybrany został jednogłośnie członkiem czynnym Tow. ginekologicznego.

5) Kol. Świtalski przedstawia noworodka z wadą rozwojową t. zw. *anencephalus.*

Dziecko płci żeńskiej, dobrze zresztą rozwinięte, długości 45 ctm., wagi 2600 przedstawia typowe zmiany, jakie cechują *anencephalus.* Kark krótki, oczy mocno dosyć wypuklone, główka w górnej swej części spłaszczona wskutek braku kości ciemieniowych, częściowego braku kości czołowych i potylicznej. Na szczycie główki znajduje się guz wielkości małej pięści, rozdzielony dwoma rowkami, podłużnym głębszym i poprzecznym płytszym na trzy płaty różnej wielkości. Powierzchnia tego guza, który odpowiada zmarniałemu mózgowi jest gładka i połyskująca, a konsystencya miękka, zabarwienie ciemno-czerwone. U samej podstawy guz ten pokryty jest rąbkiem skóry owłosionej na przestrzeni około ½ ctm. Reszta niby czaszki pokryta jest skórą prawidłowo owłosioną. Po nacięciu skóry po stronie lewej tuż przy guzie i po odpreparowaniu jej na pewnej przestrzeni można się przekonać, że pod wyżej opisanym tumorem na przestrzeni korony znajduje się błona ścięgnista, po przebiciu której można wprowadzić palec do szczątkowej jamy czaszkowej, wypełnionej miękką masą.

Pępowina w tym przypadku była bardzo krótka, bo miała zaledwie 21 ctm. długości; łożysko dobrze rozwinięte

(wagą 600·0), a owodnia w okolicy pępowiny tworzy dwa sierpowate fałdy.

Płód ten urodził się z matki, liczącej lat 32, która rodziła po raz 4-ty. Poprzednie dzieci były zupełnie prawidłowo rozwinięte. Poród odbył się w położeniu płodu niby czaszkowem, gdyż częścią przodującą był właśnie guz, odpowiadający zmarniałemu mózgowi, tak, że w pierwszej chwili podczas badania można było wziąć główkę za pośladki, przy dokładniejszem jednak badaniu można było wybadać uszko i włoski.

Płód urodził się żywy, zmarł jednak w kilka minut po porodzie.

W dyskusyi nad tą demonstracyą zabierali głos:

Kol. Rosner, który zwraca uwagę na ten interesujący szszegół, że płód w tym przypadku rodził się czaszką lub raczej brakiem czaszki nie zaś twarzą, jak to bywa zwykle, jeżeli w ogóle położenie jest główkowe.

Kol. Mars wspomina, że płody dotknięte tą wadą rozwojową są do siebie uderzająco podobne. Obserwował i rozpoznał podczas porodu wspólnie z kol. Wilkoszem w klinice prof. Brauna w Wiedniu zupełnie podobny przypadek, w którym poród odbył się w położeniu twarzowem. Żywo stoi mu w pamięci ówczesny spór dyagnostyczny z Riedingerem, dzisiejszym profesorem szkoly położnych w Bernie. Płód, o którym wspomina, żył trzy dni.

Kol. Cercha zna przypadek z kliniki ś. p. prof. Madurowicza, w którym poród odbył się również w położeniu twarzowem. Płód, który w przeciwstawieniu do tego, który nam dziś kol. Świtalski demonstrował, okazywał zupełny brak sklepienia czaszki i nigdzie śladu mózgowia, żył 24 godzin.

6) Kol. Mars miał rzecz p. t.:

Przypadek dobrowolnego pęknięcia macicy podczas porodu, wyleczony przez wycięcie całkowite macicy po otwarciu jamy brzucha.

Niewątpliwą jest rzeczą, że pęknięcie macicy podczas porodu należy do najcięższych jego powikłań i kończy się najczęściej śmiercią. Sprawa ta leży ginekologom na sercu

i dlatego też była postawioną na porządku dziennym ostatniego zjazdu ginekologów niemieckich w Wiedniu.

W przygotowanych na ten zjazd urzędowych referatach, Sänger, z właściwą sobie skrzętnością i krytycyzmem, uporządkował i zestawił część teoretyczną, a Fritsch omówił sprawę leczenia tego cierpienia i ujął swe poglądy w ścisłe skrystalizowane twierdzenia, które zgromadzeniu przedłożył.

Słuchając rozpraw podczas zjazdu i przeglądając akta prac zjazdowych, odnoszących się do tego przedmiotu, uderza okoliczność, że środek ciężkości rozpraw leżał w zakresie części teoretycznej i że w tym kierunku głównie toczyła się dyskusya. Ze stanowiska teoretycznego przemawiali: Fehling, Veit, Olshausen, Hofmeier, R. Braun, Winckel, Schatz, Nagel, Löhlein, Herff. Freund, Zweifel, Fritsch, Sänger, podczas gdy strony praktycznej, t. j. leczenia pęknięcia macicy zaledwo dotknęli: Fehling, Rhein, Tauffer, Neugebauer, Frank i Chrobak. Te ostatnie głosy dotyczyły głównie tych sposobów operacyjnych, które Fritsch w swem V-tem twierdzeniu pominął, a w szczególności sposobu wycinania macicy pękniętej od strony pochwy. Z tego zdawaćby się mogło, że na sprawę leczenia istnieje zgodność zapatrywań między ginekologami, ale tak nie jest; raczej powiedzieć sobie musimy, że sprawa ta nie jest jeszcze dostatecznie dojrzałą, aby zbiorowo być mogła opracowaną, że wymaga ona dalszego jeszcze badania, starcia poglądów, większej liczby ogłoszonych przypadków i ujęcia ich w należyte statystyczne zestawienie.

Zaznaczyć mi tu wypada, że na wspomnianym zjeździe sprawa leczenia pęknięcia macicy nie została załatwioną, lecz i materyał już istniejący nie był w zupełności wyczerpany. Nie podniesiono mianowicie sposobu, którego pierwszy użył Krajewski w Warszawie i to z pomyślnym dla chorej wynikiem, t. j. całkowitego wycięcia macicy po otwarciu jamy brzusznej; nie wspomniano także o propozycyi zrobionej przez tegoż autora, aby w niektórych przypadkach w celu tamo-

wania krwotoku, torować sobie drogę za pomocą cięcia Bardenheuera i t. d.

W ostatnich czasach podał Šlajmer swój sposób, mający na celu wykluczenie miejsca pęknięcia w jamie otrzewnowej. Nadto ogłoszono kilka przypadków, dotyczących różnego postępowania, co do zaopatrzenia kikuta częściowo wyciętej macicy: Arndt, Braun, Heinricius, Ott, Woye.

Ponieważ sprawa omawiana zajmuje mnie od dawna, a obszerniejsze uwagi moje radbym wyłożyć na innem miejscu, przeto dziś korzystam tylko ze sposobności, jaka mi się nadarzyła, aby opisać przypadek, w którym uzyskałem wynik pomyślny na drodze operacyjnej, a czynię to dzisiaj dlatego, aby Panom Kolegom przedstawić osobę wyleczoną, która ma właśnie szpital opuścić, a zarazem okazać preparat uzyskany wśród operacyi. Ograniczę się więc tylko do opowiedzenia krótkiej historyi tego przypadku i uczynienia kilku uwag, które się do niego odnoszą.

M. M., żona wieśniaka z Bibic, lat 40 licząca, rodziła 8 razy, ostatni raz przed 3-ma laty. Przed rokiem poroniła. Ostatnia regularność przed obecną ciążą miała być w początku Kwietnia Pierwszych ruchów płodu niepamięta. Pierwsze bóle wystąpiły 27. Grudnia, były jednak bardzo słabe i niewyraźne, z bardzo długiemi przerwami, silniejsze zaś wystąpiły po 4-ch dniach, t. j. 1. Stycznia b. r. pod wieczór. Dnia następnego o godzinie 6-tej rano, podczas silnego bólu, pokazała się nagle krew z części rodnych bez wiadomej przyczyny, poczem bóle trwały wprawdzie dalej, ale były coraz słabsze i, około 11-tej godziny przed południem, ustały zupełnie. Rodząca była niespokojna, żaliła się na ból w podbrzuszu i osłabła. Krwawienie wciąż się utrzymywało. Obecna przy porodzie akuszerka, widząc nieprawidłowy jego przebieg, brak czynności porodowej, a nadto krwawienie z części rodnych, zniewoliła męża chorej, który się zrazu niedawał ku temu nakłonić, do wezwania lekarza. Lekarz w Krakowie wysłuchawszy opowiadania męża, poradził natychmiastowe przewiezienie rodzącej do szpitala; rady tej mąż usłuchał i wieczorem, o godzinie 8-mej, na wozie drabiniastym, z miej-

scowości o dwie mile od Krakowa odległej, żonę do szpitala przywiózł. Według podania akuszerki chora w domu i w drodze mogła stracić około litra krwi, a przed przybyciem do szpitala była badaną kilkakrotnie, ale tylko przez jedną i tążsamą akuszerkę.

Badanie przedmiotowe wykazuje osobę silną, tęgiej budowy, niedokrewną. Ciepłota ciała 36·0, tętno 120. Brzuch mocno jednostajnie wzdęty. Guza odpowiadającego macicy wykazać niepodobna; natomiast wyczuć można nad spojeniem kości łonowych główkę ruchomą; po stronie prawej, opór odpowiadający grzbietowi płodu, po stronie zaś lewej, nad pępkiem, czuć nóżki płodu tuż pod powłokami brzusznemi. Srom cały bardzo mocno obrzękły, z ujścia pochwowego występuje tylna ściana pochwy w postaci guza, rozmiarów pięści dorosłej osoby. Pochwa wiotka, szeroka, część pochwowa wysoko ustawiona (nieco niżej wchodu miednicy), flakowata, zwiesza się fałdzisto ku dołowi. Ujście zewnętrzne rozszerzone, o brzegu strzępiastym, szyja ku górze się rozszerza. W tylnej ścianie wyciągniętej szyi czuć miejsce cienkie, przez które można, jakby bezpośrednio, czuć sterczący wzgórek kości krzyżowej. Nad wchodem główka ruchoma, przedgłowie znaczne, ciastowate, miękkie. Przy ucisku główka z łatwością ku górze się unosi, przyczem obficie wypływa ciemna krew ze skrzepami. Co do przedniej ściany szyi nie można było nic powiedzieć, gdyż wyraźnie ściany szyi wyczuć nie można było, tylko miękkie, flakowate części. W szpitalu straciła chora krwi około litra.

Rozpoznano pęknięcie macicy z wystąpieniem płodu do jamy brzucha i rozpoczęto przygotowania do laparatomii. Mimo, że wszystko potrzebne do operacyi było jak zwykle gotowe, tak, że natychmiast do niej możnaby było przystąpić; musieliśmy jednak czekać dwie godziny, zanim się z miasta zeszli do pomocy zaproszeni koledzy i dopiero tuż po 10 tej wieczorem operacya mogła była być rozpoczętą.

W uśpieniu chloroformem otwarto kilkoma cięciami jamę brzuszną bez krwawienia. Z jamy otrzewnowej wylało się koło litra krwi płynnej, ciemnej, poczem ukazał się grzbiet

płodu w położeniu rozpoznanem. Po wydobyciu płodu wynurzyło się w podbrzuszu z pomiędzy jelit łożysko wynicowane, błoną jagnięcą pokryte. Sieć i jelita przekrwione, barwy nieco ceglastej. Po rozsunięciu jelit wytoczono przed ranę macicę, która leżała na kręgosłupie, przykryta jelitami. Ciało macicy dobrze skurczone, — szyja od przodu i po bokach zupełnie poprzecznie przedarta; przedarcie przechodzi i na tylną ścianę szyi od strony prawej tak, że ciało macicy na boki z więzami szerokiemi w łączności, tylko za pomocą tylnej ściany szyi z pochwą się łączy. W tylnej ścianie szyi nadto widać przedarcie miąższu, z utrzymaną otrzewną. Na wewnętrznej powierzchni tylnej ściany szyi kilka miejsc ciemnych, jakby nekrotycznych. Po uniesieniu macicy z pod dolnego kąta rany brzusznej, poczęły występować ciemne skrzepy krwi, których około litra usunięto. Teraz można się było przekonać, że tylna ściana pęcherza odsłonięta i od macicy zupełnie oddzielona, pozbawiona aż do szczytu otrzewny, która odłuszczona, nad szczytem pęcherza poprzecznie przedartą została. Szybko podwiązano więzadła szerokie po obu stronach i odcięto. Świeże krwawienie w dole pola operacyjnego wymagało zaopatrzenia, a macica utrudniała dokładny przegląd, zatem ujęto tylną ścianę szyi macicy poprzecznie w mocne długie kleszczyki i nad niemi, oswobodzoną z więzów macicę odcięto. Teraz można się było rozejrzeć lepiej w poszarpanych częściach. Krwawienie miało miejsce ze strzępów przedniej ściany szyi i z tylnej obnażonej ściany pęcherza. Szybko wycięto całą ujętą tylną ścianę szyi, jak niemniej i reszty przedniej ściany, przyczem założono kilka podwiązek. Wszystkie podwiązki wciągnięto do pochwy.

Jeden pasek gazy jodoformowej wprowadzono od jamy brzucha do pochwy, drugim uciśnięto tylną obnażoną ścianę pęcherza moczowego i pozostawiono go w dolnym kącie rany. Do jamy brzucha wlano koło litra fizyologicznego rozczynu soli kuchennej i zaszyto powłoki brzuszne trzema piętrami. Operacya trwała, wraz z opatrunkiem i uśpieniem, 40 minut. Chloroformu użyto 25 gramów. Córka nieżywa, świeżo obumarła, okazuje przedgłowie w okolicy ciemienia wielkiego,

kość boczna i czołowa lewa mocno przypłaszczone i pod prawe podsunięte. Waga 3600 gramów; długość 52 centym. Kości czaszki twarde, — główka duża.

Jak Panowie na anatomicznym okazie widzicie, wycięliśmy macicę wraz z trąbkami i jajnikami. Prócz opisanego przedarcia od przodu, macica makroskopowo nic osobliwego nie przedstawia. Druga część preparatu, to wycięta całkowicie szyja macicy. Prócz tego były jeszcze reszty wycięte przedniej ściany szyi, te jednak przy przenoszeniu preparatu uroniono. Co do przebiegu pooperacyjnego, to ten nie był gładki. Ciepłota raz, 5 go dnia po operacyi, dosięgła 39 0, poczem mieliśmy przez dwa tygodnie lżejsze popołudniowe podniesienia. Tętno również dwa tygodnie utrzymywało się bardzo przyśpieszone i nikłe, od 100—140 uderzeń na minutę. Od trzeciego dnia znaczna bębnica: — zaczęto zaraz podawać wysokie wlewania do odbytnicy; w miarę odejścia gazów i stolca, bębnica się zmniejszała; zrazu chora miewała jeden lub dwa stolce dziennie, a od 8-go dnia po operacyi zaczęły występować liczne i obfite wypróżnienia, których liczba dochodziła do 20 dziennie, co trwało mniej więcej trzy tygodnie. Nie do uwierzenia prawie, jakie ilości kału zalegały w jelitach tak, że niekorzystne objawy odnieść musimy do zastoin kałowych, czego dowodzi i ta okoliczność, że po tych wypróżnieniach brzuch wrócił do prawidłowych rozmiarów i chora miała się już potem dobrze. Rana w powłokach brzusznych, zgojona przez rychłozrost, aż do miejsca, w którem leżał seton gazy jodoformowej, który po operacyi 5-go dnia wyjęto i założono świeży. Wyjęty seton cuchnie. Nazajutrz za setonem odeszły strzępki obumarłej tkaniny. — Następnych dni wydzielina nie cuchnąca, ale obfita, ropna. Rana drążąca ku miednicy z każdym dniem się zmniejsza.

W czasie od 5-go do 9-go dnia wyjęto, dzień za dniem cząstkami gazę, która do pochwy wprowadzoną była.

Od 19/I stan bezgorączkowy.

28/I Chora poczyna chodzić.

Dzisiaj w powłokach brzusznych płytka ziarniną wypełniająca się rana.

Pochwa ku górze wyciągnięta, tylna ściana pochwy niewypada. Ku górze zwęża się pochwa lejkowato w bliznowate zagłębienie, do którego koniec palca wprowadzić można.

Wymiary miednicy przedstawiają się jak następuje:

| | | |
|---|---|---|
| D. spinalis | — 22 | ctm. |
| „ cristalis | — 27 | „ |
| Conj. externa | — 17 | „ |
| „ diagonalis | — 10 | „ |

W przypadku tym pęknięcie macicy było niewątpliwie dobrowolne, dotyczyło szyi macicy, a powstało skutkiem niestósunku porodowego między twardą główką a ścieśnioną miednicą.

Wobec wystąpienia płodu w całości do jamy brzusznej niewątpliwie było wskazanem otwarcie jamy brzusznej w celu usunięcia płodu.

Spustoszenie znaczne, jakieśmy w niniejszym przypadku napotkali, samo przez się już wskazywało wycięcie macicy przedartej i mogło chodzić tylko o sposób wykonania zabiegu. Z różnych sposobów, jakich autorowie używali, najwięcej podobał mi się sposób, jakiego użył Krajewski w Warszawie, który z pomyślnym wynikiem wyciął całą macicę. Tą też drogą iść postanowiłem, ale wraz z macicą wyciąłem i części dodatkowe, t. j. trąbki i jajniki, które Panowie na preparacie widzicie.

Drogę tę obrałem dlatego, ponieważ tym sposobem najdokładniej można usunąć dartą ranę i zmiażdżone części, dalej usuwamy część pochwową i szyję macicy, która w pierwszej linii mogła być podczas porodu zakażoną, a wreszcie usuwamy narząd, który w pierwszych dniach po dokonanym zabiegu operacyjnym musiałby przechodzić zwijanie połogowe. Ta ostatnia okoliczność skloniła mnie do usunięcia wraz z macicą i części dodatkowych. Nadmienić mi tu wypada, że nietyle obawiam się w takich przypadkach samej sprawy fizyologicznej, jaką jest zwijanie się połogowe części płciowych, ile okoliczności, że części płciowe, podczas zwijania

połogowego, przedstawiają tkaniny o mniejszej odporności wobec powikłań, któreby zajść mogły.

Wreszcie, co do zaopatrzenia ran operacyjnych. wciągając wszystkie podwiązki do pochwy, wraz z uzyskanymi kikutami, usunąłem w znacznej części z jamy otrzewnowej pole operacyjne. Po założeniu setonu do pochwy, prócz rany na tylnej ścianie pęcherza moczowego, nigdzie w miednicy małej nie było widać nic z części operowanych. Przez założenie setonu na tylną ścianę pęcherza wykluczyłem niejako także i tę ranę z obrębu otrzewnowego.

Mimowoli nasuwa się pytanie: czemu należy zawdzięczyć w niniejszym przypadku pomyślny wynik zabiegu operacyjnego? W myśl ogólnego zapatrywania sądzę, że w przypadkach pęknięcia macicy, wynik następowego leczenia zależy głównie od tego, czy osoba chora została podczas porodu zakażoną lub nie, a względnie, jak rozległem było zakażenie, a w drugim dopiero rzędzie od krwotoku, jaki ma miejsce. — Przypadki pęknięcia macicy z zejściem śmiertelnem ulegały przeważnie zakażeniu.

W naszym przypadku krwotok był znaczny przed operacyą, podczas jednak i po operacyi chora straciła tylko bardzo niewiele krwi; pod tym względem byliśmy panami położenia. Wobec tego decydującą była sprawa aseptyczności przypadku. — Ponieważ chora była badaną przed przybyciem do szpitala i to kilkakrotnie, przypadek ten musimy uważać jako nieczysty, a w każdym razie, co do sprawy zakażenia, za wątpliwy, chociaż przyznać należy, że akuszerka, która sama jedna tylko w domu badała, znaną nam była jako osoba sumienna, w postępowaniu aseptycznem podczas badania wyćwiczona i przepisów przestrzegająca. Jeżeli zatem przypadek nasz przed przybyciem do szpitala był zakażony, to można przypuszczać, że zakażenie dotyczyło tych części, które wśród operacyi usunięte zostały. — O ile zatem przypadek nasz niebył aseptycznym, o tyle wyzdrowienie przypisać należy sposobowi operacyjnemu, a mianowie tej okoliczności, że macica doszczętnie wyciętą została.

Nad odczytem tym rozwinęła się ożywiona dyskusya, w której brali udział:

Kol. Rosner: Dla nas, którzyśmy przed rokiem słyszeli na temże miejscu odczyt kol. Świtalskiego na temat pęknięcia macicy, rzecz wyłożona przez kol. Marsa jest niezmiernie interesująca. Wszakżeż kol. Świtalski, zestawiwszy cały materyał obydwu krakowskich zakładów położniczych z ostatnich lat dziesięciu, wykazał wprost przerażającą śmiertelność 100%, śmiertelność więc, która dotyczyła przypadków pęknięć całkowitych i częściowych, operowanych i leczonych konserwatywnie. Słusznie zaznaczył wówczas kol. Świtalski, że przyczyną tej demoralizująco złej statystyki jest zakażenie, z jakiem pacyentki w nasze ręce się dostają. Widzieliśmy też w klinice jaskrawe przypadki takiego ostrego zakażenia, znajdowaliśmy słomę w pękniętej macicy, a przy laparotomiach ostre zapalenie otrzewny ze zlepami włóknikowymi i nastrzykaniem otrzewny. W tych przypadkach wybór drogi postępowania był zapewne dla chorych obojętnym. Przypadek kol. Marsa zakończony szczęśliwie należał do tych wyjątkowych niezakażonych, na co zresztą i prelegent zwrócił uwagę. W tych szczęśliwych przypadkach ostateczne zejście zależeć będzie niewątpliwie od drogi postępowania, jaką położnik obierze. Kol. Mars obrał drogę radykalną i wyjął pękniętą macicę wraz z szyją.

Referując na ostatnim zjeździe chirurgów polskich kwestyę operacyjnego leczenia włókniaków, choć zgoła innym zajmowałem się tematem, zastanawiać się jednak musiałem nad pytaniem, czy pozostawienie szyi po amputacyi macicy jest rzeczą racyonalną. Starałem się wówczas wykazać że pozostawienie szyi jest o tyle operacyjnym błędem, że z szyi tej chora nie ma nigdy pożytku, a stać się ona może przeciwnie źródłem wielu niebezpieczeństw a nierzadko wprost śmierci. Logicznie rzecz biorąc, i przy amputacyi pękniętej połogowej macicy wychodzić powinniśmy z tego samego punktu widzenia, a bodaj, czy nie tem bardziej, skoro wiemy, że szyja maciczna może być siedzibą, a jeśli się ją pozostawi, i rozsadnikiem zakażenia. Obawiając się tego zakażenia, w dwóch przypadkach, operowanych w klinice, zaopatrzyłem kikut szyi pozaotrzewnowo. Jeżeli wbrew zasadom, głoszonym na zjeździe chirurgów, pozostawiliśmy wówczas szyję, a tylko staraliśmy się unieszkodliwić ją przez wszycie w powłoki, stało się to z dwóch przyczyn, raz z chęci jaknajszybszego zamknięcia jamy brzusznej i zakończenia zabiegu, a powtóre z obawy przed zadawaniem większych ran w jamie brzusznej, jakie przy wyjęciu szyi powstać muszą na tylnej ścianie pęcherza, a które stać się mogą i źródłem krwotoku i glebą dla zakażenia. W przypadku kol. Marsa

wybór był niewątpliwie ułatwiony, tam natura sama wykonała połowę zabiegu, bo oddzieliła pęcherz od szyi macicznej. W innych wszelako przypadkach należałoby się jednak zastanowić, czy korzyść usunięcia szyi nie zostanie zrównoważoną przez nie korzyść, jaką za sobą pociągnąć może przedłużenie zabiegu i zadanie nowej i rozleglej rany na pęcherzu. Kwestyę tę poruszam tylko; brak mi własnych spostrzeżeń, ażebym mógł stanowcze w tym względzie wypowiedzieć zdanie.

Kol. Kośmiński: Nawiązując do przedstawionego właśnie przypadku, chcę pokazać preperat inny macicy pękniętej wśród porodu i całkowicie wyłuszczonej, a to dla porównania z poprzednim. Preparat ten uzyskanym został z przypadku następującego:

Osoba wątłej budowy, lat 30 licząca, izraelitka, rodziła razy 6 prawidłowo. Dnia 12 lutego 1897 roku rano wystąpiły z końcem ciąży siódmej pierwsze bóle, przed południem przebiła akuszerka pęcherz płodowy, po południu wypadła ze szpary sromowej rączka. Natychmiast wezwani do rodzącej dwaj lekarze w uśpieniu chloroformowem wykonali jakąś operacyą, po przebudzeniu się zaś rodzącej z uśpienia polecili ją natychmiast przewieść, celem rozwiązania, do 4 mile odległego Krakowa, co też rzeczywiście na zwykłym wozie zrobiono.

Rodząca przybyła na oddział położniczy dnia 13 lutego 1897 r. po godzinie 4 rano wśród objawów wyraźnego zapadu; ciepłota = 35·2° Cel., tętno nitkowate 168, często wcale nie wyczuwalne. Brzuch wzdęty bardzo, bolesny przy dotykaniu, tuż pod powłokami brzusznemi po prawej stronie pępka wyczuwa się bezpośrednio nóżki płodu i pośladki, a nad talerzem biodrowym lewym wyczuć się dawał guz, odpowiadający macicy. Ze szpary sromowej wystercza lewa rączka płodu mocno obrzękła, a obok pętla pępowiny nie tętniącej; bark mocno wklinowany sięga prawie do wychodu miednicy, z części rodnych odpływa mała ilość ciemnej płynnej krwi.

Ponieważ rozpoznanie pęknięcia macicy nie ulegało żadnej wątpliwości, połowa zaś płodu wystąpiła już z macicy i leżała wolno w jamie brzusznej, przeto nie próbowano rozwiązać rodzącej drogami naturalnemi, lecz przystąpiono odrazu do laparotomii. Po przecięciu powłok brzusznych i otrzewnej zobaczono płód, ułożony poprzecznie, nóżki i pośladki wolno pomiędzy jelitami tak, jak badanie zewnętrzne wykazywało, główka zaś i cała klatka piersiowa wraz z kończynami górnemi znajdowała się w macicy, która, mocno obkurczona, była na lewą stronę mocno przechylona; uchwycono zatem nóżki płodu i wydobyto z łatwością cały płód wraz z popłodem, który się pomiędzy jeli-

tami znajdował. Płód płci żeńskiej ważył 3850 gr. długość 52 cm. Jelita mocno wzdęte, naczynia krwionośne nastrzykane, sieć i otrzewna ścienna również żywo różowo zabarwiona, miejscami przyćmiona; pomiędzy jelitami i na brzuszku płodu małe źdźbło słomy. Następnie wydobyto macicę ua zewnątrz, krew płynną ciemną, obficie z jamy brzusznej wylewającą się, usunięto i przekonano się, że pęknięcie macicy znajduje się z boku prawego i, nie dosięgając do ujścia zewnętrznego macicy, rozciąga się od połowy odległości pomiędzy pierścieniem skurczowym a miejscem uczepienia się więzadła okrągłego, tworząc otwór podłużny o brzegach podbiegniętych krwią, nierównych. Na prawo od tego otworu obie blaszki więzadła szerokiego prawego były od siebie oddzielone, pomiędzy zaś niemi znajdowała się spora ilość krwi, częścią płynnej, częścią skrzepłej, przednia blaszka więzadła była przedartą w kierunku z góry na dół w odległości 2—3 cm. od ściany macicy. Po dokładnem zoryentowaniu się podwiązano z jednej i z drugiej strony więzadła szerokie, zabierając zarazem trąbki i jajniki, i przecięto, przyczem więzadło prawe musiało być tuż obok ściany miednicy podwiązane.

Następnie wysunięto całą macicę ku górze i przechylono ku tyłowi, tuż nad granicą pęcherza moczowego przecięto otrzewnę poprzecznie na macicy i oddzielono na tępo macicę od pęcherza, potem przechylono macicę ku przodowi i, napinając cavum Douglasi, przecięto otrzewnę poprzecznie wraz ze ścianą tylną pochwy, wprowadzono dalej dwa palce przez otwarte tylne sklepienie do pochwy i napięto przednie sklepienie, które na palcach przecięto. Z powodu bardzo złego stanu operowanej zamiast żmudnego zakładania podwiązek, założono od strony pochwy po obu stronach po jednym zaciskadle na całe parametrium, poczem krwawienie, które do tego czasu było dość obfite, zupełnie ustało.

Pomiędzy te dwa zaciskadła założono typowy worek Mikulicza do jamy otrzewnowej, wyprowadzając go przez pochwę, następnie zeszyto otrzewnę ścienną, a w końcu założono kilka szwów głękokich i parę powierzchownych skórnych. Opatrunek.

Zaciskadła usunięto w 36 godzin po operacyi.

Po ukończeniu operacyi tętno nie było wcale gorszem, niż przedtem, jednak objawy, istniejącego już podczas operacyi zapalenia otrzewnej, coraz wyraźniej występowały i wśród nich operowana dnia 15 lutego o godzinie 7 rano umarła.

Jak na preparacie dokładnie widzieć można, pęknięcie macicy nastąpiło w tym przypadku w kierunku podłużnym i to po stronie, gdzie leżały nóżki płodu. Nie chcąc się bliżej zastanawiać nad przyczyną pęknięcia macicy właśnie po stronie nóżek płodu, zwrócę tylko uwagę na oddzielenie od siebie obu blaszek

więzadła szerokiego na znacznej bardzo przestrzeni i na dość obfity krwotok z tej właśnie okolicy, a to w tym celu, żeby zaznaczyć, iż w takich przypadkach wykonanie wycięcia macicy przez pochwę nie pozwoliłoby zarazem usunąć doszczętnie więzadła szerokiego wraz z krwistekiem, pomiędzy blaszkami utworzonym, a kto wie, czybyśmy, operując przez pochwę wobec tak rozległego przedarcia więzadła, zdołali w zupełności zapanować nad krwotokiem. Dlatego sądzę, że w takich przypadkach najwłaściwszą drogą jest laparotomia, gdyż po otwarciu jamy brzusznej możemy zawsze opanować krwotok w dość krótkim czasie, co dla takich osób, które zazwyczaj poprzód wiele krwi straciły, jest rzeczą bardzo ważną, aby następnie przystąpić do doszczętnego usunięcia poszarpanych tkanek. Pomimo więc, że przypadek ten nie zakończył się tak pomyślnie, jak przedstawiony poprzednio, nie mniej uważałem za stosowne opowiedzieć go, aby przedstawić preparat macicy pękniętej podłużnie, dla porównania z poprzednio okazanym preparatem macicy, pękniętej poprzecznie.

Kol. Mars. Jak już w opowiadaniu historyi choroby przedstawionej pacyentki zaznaczyłem, na dzisiejszem posiedzeniu nie miałem zamiaru poruszać i omawiać kwestyi leczenia operacyjnego pęknięć macicy, chciałem tylko przedstawić pacyentkę, która musi iść do domu, a uwagi miałem zamiar zachować na później. Wobec przemówienia kol. Rosnera muszę jednak zapatrywania moje bodaj zaznaczyć. To, co kol. Rosner mówi, że najczęściej w tych przypadkach zabija zakażenie, jest zupełnie słusznem. Nad krwawieniem możemy łatwiej zapanować, niżeli nad zakażeniem. W przypadku przedstawionym akuszerka co niedawno dopiero opuściła szkołę położnych i była dobrze wyćwiczoną w aseptyce, potrzebnej przy badaniu rodzących, i może temu należy przypisać pomyślny wynik zabiegu. W moim przypadku postanowiłem wyciąć macicę w całości głównie z dwóch względów; raz, aby usunąć szyję, która podczas badania mogła być w pierwszej linii najłatwiej zakażoną, a powtóre, aby usunąć z jamy brzucha cały organ, któryby musiał w czasie po otwarciu jamy brzucha przechodzić proces zwijania połogowego, dlatego też zebrałem i części dodatkowe, wycinając macicę z trąbkami i jajnikami.

Przypadek kol. Kośmińskiego należał do tych, w których los pacyentki już był z góry rozstrzygnięty, podczas operacyi istniała już peritonitis. Interesującem jest, że w tym przypadku płód pozostał w połowie w drogach rodnych, w połowie zaś wystąpił do jamy brzusznej. Fritsch w swoim referacie utrzymuje, że czegoś podobnego nie widział. Zdaniem jego, albo płód pozostaje w przewodzie rodnym, albo rodzi się poprostu do brzucha.

W przypadku kol. Kośmińskiego bark był tak nizko do miednicy wtłoczony, że rączka w całości leżała przed częściami sromowemi, a bark był w szparze widoczny. Nie chcę się zastanawiać nad etyologią pęknięcia w tym przypadku, ograniczam się tylko do przytoczenia faktu. Naturalnie, że, wobec tego stanu rzeczy, myśleliśmy o embryotomii i zastanawialiśmy się nad tem, jak postąpić?

Mimo, że niejedno zdawało się przemawiać za embryotomią, obawialiśmy się krwotoku i straty na czasie u pacyentki nadzwyczaj anemicznej i osłabionej. Myśli embryotomii nie porzuciliśmy jednak w zupełności, i dlatego postanowiliśmy otworzyć jamę brzuszną i na wypadek, gdyby się okazało, że wydobywanie płodu może natrafić na trudności, był przygotowany jeden z kolegów, a mianowicie kol. Cercha, który miał wówczas embryotomii dokonać i w operacyi brzusznej już później udziału nie brać. Po otwarciu jamy brzusznej płód wydobyto z łatwością, do embryotomii zatem nie przyszło. Zastanawiając się nad przypadkiem kol. Kośmińskiego, muszę napomknąć o sposobie postępowania, proponowanym przez Veita, który wykonali Chrobak i Neugebauer, a mianowicie o wycięciu macicy przez pochwę po urodzeniu płodu drogami naturalnemi. Metoda ta, zdaje mi się, niema przyszłości, i Panowie patrząc na ten preparat, zgodzicie się ze mną. Wyjmując macicę przez pochwę, nie możemy zapanować nad krwiakiem więzu szerokiego, nie możemy tamować krwotoku, jaki wśród wycinania wobec istniejącego krwiaka powstać może, a to, zdaje mi się, jest rzeczą ważną. Co się tyczy kwestyi zaopatrzenia kikuta, którą poruszył kol. Rosner, zgadzam się w zupełności na to, co powiedział kol. Kośmiński, że każde zaopatrzenie kikuta trwa dłużej, niż wycięcie szyi. Mówię to na podstawie przypadku kol. Kośmińskiego, gdzie nie doznaliśmy „żadnej pomocy od strony natury“, gdzie połączenie szyi macicy było w zupełności nienaruszone. Oddzielenie pęcherza moczowego od szyi macicy było dziełem bardzo krótkiego czasu. Po wprowadzeniu podwiązek do pochwy i ułożeniu worka Mikulicza, całe pole operacyjne było usunięte z jamy brzusznej, w całej miednicy widać było nienaruszoną otrzewnę, a w dnie worek Mikulicza, wyprowadzony do pochwy, co też i przy sekcyi stwierdzić można było; przez oddzielenie zatem pęcherza moczowego od szyi macicy nie powstała nowa rana, któraby w jamie brzucha jako taka pozostała.

Kol. Rosner: W przypadku przedstawionym przez kol. Kośmińskiego uderza mnie jeden szczegół, co do którego dyskusyą uważam za bardzo potrzebną t. j. sposób rozwiązania rodzącej. Jest to, mojem zdaniem, rzecz pierwszorzędnej wagi.

W obu przypadkach, będących dziś na porządku dziennym rozwiązano rodzące *per laparotomiam*, choć w obu rozwiązanie *per vias naturales* było możliwem, w pierwszym po kraniotomii, w drugim po dekapitacyi, względnie embryulcyi. Pomijam pierwszy przypadek, w którym zabieg na główce wysoko stojącej i nieustalonej mógł być rzeczywiście i trudnym i długim, a pragnąłbym tylko zapytać się, czy w drugim przypadku rozwiązanie przez drogi naturalne nie byłoby było zabiegiem łagodniejszym. W przypadku tym dziecko było nieżywe, bark w szparze sromowej i niewątpliwie te części płodu, wystawione na działanie powietrza, gniły. Porzucić naturalną myśl rozwiązania rodzącej w sposób zwykły należałoby wtedy, gdyby zabieg, do tego celu potrzebny, groził większem rozdarciem macicy, niż to, które było przedtem. Pojmuję i zgadzam się na to, że obrót w macicy pękniętej może być niebezpieczny i przeciwskazany, i dlatego w przypadku kol. Cerchy, który po punkcyi wodogłowia wykonał obrót na nożki w przypadku pęknięcia macicy, można było dyskutować, czy dla chorej nie byłoby korzystniejszem rozwiązanie *per abdomen*. U chorej kol. Kośmińskiego embryulcya względnie dekapitacya nie groziła macicy rozdarciem, bo tylko te części, które wyszły do brzucha, byłyby, tą samą drogą, którą wyszły, wróciły napowrót do macicy. Krwotoku po tym zabiegu nie obawiałbym się zbytnio. W przypadkach, które widziałem w klinice, wylewało się po wydobyciu płodu na zewnątrz kilka łyżek krwi, już przedtem wynaczynionej do jamy brzucha, świeżego krwawienia nie widziałem. Postępując tą drogą, byłoby się lepiej zabezpieczyło chorą przed zakażeniem, bo nie da się zaprzeczyć, że przy największej ostrożności, przeciąganie zgniłych części *per abdomen* może za sobą pociągnąć zakażenie. Zabieg wykazał, że u tej chorej zakażenie już było, nie byłoby ją więc uratowało rozwiązanie przez drogi naturalne, o czem jednak pierwej nie można było wiedzieć. Uwagi moje mają na celu wywołanie dyskusyi w tej materyi.

Kol. Kośmiński: W tem, co kolega Rosner mówi, jest coś racyi. To też zastanawialiśmy się nad embryulcyą. Jednak sądzę, że w naszym przypadku właściwsza była ta droga, którą wybraliśmy. Przedewszystkiem chora miała się źle i była bardzo anemiczna. Chodziło nam o jaknajszybsze ukończenie zabiegu, a wiadomo, że embryulcya trwa czasem dość długo. Powtóre chodziło nam o zaoszczędzenie chorej krwi. Nie da się zaprzeczyć, że jeśli rozwiązujemy *per vias naturales*, to, w razie krwotoku, nie jesteśmy w stanie nad nim zapanować, i w pauzie, która upływa między ukończeniem rozwiązania a otwarciem brzucha i zamknięciem krwawiących naczyń, chora może stracić dużo krwi.

Mojem zdaniem, tylko w pewnych przypadkach można rozwiązywać drogą naturalną; tam, gdzie duża część płodu znajduje się w jamie brzusznej, uważałbym rozwiązanie przez laparotomią za operacyą właściwszą.

Kol. Mars. Niewątpliwie kwestya poruszona przez kol. Rosnera, jest nader ważną, ale, zdaniem mojem, nie da się ona tak łatwo w dyskusyi rozstrzygnąć, albowiem wchodzi tu w grę zbyt wiele czynników, które się różnie w poszczególnych przypadkach układać mogą. W wyborze metody operacyjnej musimy uwzględnić, która jest łatwiejszą do wykonania i po której spodziewać się możemy mniejszego obrażenia chorej.

Nigdy nie rozwiązywałbym rodzącej drogami naturalnemi tam, gdzie płód cały wystąpił do jamy brzucha. W przypadku takim, jak mój, gdybym wykonywał zmniejszenie pojemności czaszki i wydobywał płód, nietylko mogłyby powstać nowe obrażenia i krwawienia, ale nadto łatwo może powstać wypadnięcie jelit do macicy i pochwy, które bądź co bądź rokowanie psuje. W przypadku kol. Kośmińskiego obawiałem się wydobywania płodu po laparotomii i myślałem pierwotnie o embryotomi dlatego, bom się obawiał, że przeciągnięcie płodu przez ranę, z pęknięcia powstałą, będzie natrafiać na trudności i że może zajść potrzeba rozszerzenia rany w macicy świeżem cięciem, z którego musiałoby nastąpić świeże i obfite krwawienie. Obawa ta okazała się płonną.

W znanym Panom przypadku Krajewski wydobył płód również przez brzuch i wówczas czyniłem mu z tego zarzut, tam jednak były inne okoliczności, mimo to jednak muszę dziś powiedzieć, że nie można brać rzeczy tak stanowczo. Co do kwestyi możebności zakażenia przypadku przeciąganiem przez otwartą jamę brzuszną części, które już były przed części rodne wypadnięte, to aczkolwiek muszę kol. Rosnerowi przyznać teoretycznie racyą, to praktycznie rzecz biorąc, nie przedstawia się tak groźnie, jeżeli się bowiem zważy, że macica wytoczona jest z brzucha przed powłoki brzuszne, że jednem pociągnięciem za nóżki płód się wydobywa na zewnątrz, to płód niedotyka się po drodze niczego, coby mógł zakazić, a macica, przez którą przechodzi, zostaje przecież usuniętą.

Kol. Rosner: Zabieram jeszcze raz głos i pragnę zaznaczyć, że nie mogę się z wywodami koll. Kośmińskiego i Marsa zgodzić. Ponieważ dla mnie nie ulega wątpliwości, że u chorej z pękniętą macicą najwięcej należy się obawiać zakażenia, i że o nie w tych przypadkach nie trudno, przeto w postępowaniu naszem powinniśmy unikać wszystkiego, co zakażenie wywołać jest w stanie. Muszę, mimo wywodów poprzedniego mo-

wcy, zaznaczyć, że mojem zdaniem, takie przeciąganie przez brzuch płodu, którego członki gniły przed szparą sromową, jest bardzo niebezpieczne. Wyobrażam sobie, że w tych przypadkach, gdzie część martwego płodu leży przed szparą sromową zakażenie dróg rodnych postępuje od dołu do góry, i że pochwa może już być zakażoną, podczas gdy wyższe części przewodu rodnego są zdrowe. Może się również wydarzyć, że dolna część pochwy obejmująca część gnijącą, zawiera dużo jadu pasożytniczego, podczas gdy górna część pochwy jest jeszcze niezakażona. Takie przeciąganie płodu prowadzi do tego, że się z dołu ku górze rozsmarowuje jad i zakaża te części, które później po zabiegu mają sąsiadować z otwartą jamą otrzewnową.

W przeciwstawieniu do kol. Kośmińskiego i Marsa uważałbym rozwiązanie pochwowe wszędzie za wskazane tam, gdzie ono bez niebezpieczeństwa rozleglejszego pęknięcia macicy wykonać się da, i gdzie nie jest bardzo uciążliwe i długotrwałe. Za takie jednak nie mogę żadną miarą uważać dekapitacyi resp. embryulcyi, wykonywanej w szparze sromowej. Co więcej, po wydobyciu płodu i popłodu *per vias naturales*, uważałbym wydobycie pękniętej macicy *per vaginam* za zabieg łagodniejszy i więcej wskazany niż *per abdomen*, o ile naturalnie wykonać on się da. *Haematoma lig. lati* nie da się przecież i tak w całości usunąć, operując przez brzuch, a jest to dosyć obojętne, czy zostawiam połowę, czy trzy czwarte części krwiaka.

Kol. Braun. Wobec toczącej się dyskusyi nad postępowaniem przy pęknięciu macicy podczas porodu, chciałbym tu podnieść jeden szczegół, który mi się obecnie na myśl nasuwa, a który nieraz zwracał moją uwagę, ile razy miałem do czynienia z pęknięciem macicy w klinice położniczej.

Uderzała mnie przedewszystkiem ta okoliczność, że chore, które nieraz kilka mil od Krakowa przybywały do kliniki z powodu pęknięcia macicy, nie zdradzały na pierwszy rzut oka całem swojem zachowaniem się swego rzeczywistego, bo bardzo niebezpiecznego, stanu. Na każdym, co nie znał właściwego stanu chorej, t. j. że chora jest dotknięta pęknięciem macicy, nie robiły wrażenia chorych, ktore za kilka chwil miały umierać, co najwyżej można było przypuszczać, że się ma do czynienia z osobami ciężko osłabionemi i zmęczonemi. Zachowywały prawie zupełną przytomność, a nawet odpowiadały, zapytane o dotychczasowy przebieg choroby, nieraz zupełnie jasno i dokładnie. Stan ten, pozornie dobry, zmieniał się zwykle na bardzo zły z chwilą, kiedy chorą rozwiązano, choćby w sposób dla chorej najoględniejszy i najdelikatniejszy. Nagle chora poczęła omdlewać, tracić

przytomność, kończyny stawały się coraz to chłodniejsze, źrenice rozszerzały się od maximum i często, zaledwie zdołano chorą po wyjęciu płodu i popłodu jako tako opatrzyć, t. j. przynajmniej zatkać macicę, względnie otwór w pękniętej ścianie macicy, gazą jodoformową, chora ginęła, czasem przeżyła po rozwiązaniu jeszcze parę godzin, ale, pomimo stósowania wszelkich środków podniecających, umierała prawie z reguły.

Tego nagłego zwrotu na gorsze w stanie chorej po rozwiązaniu nie przypisuję krwotokowi, bo prócz kilku łyżek krwi ciemnej, niekiedy cuchnącej, jaka się wydobywała z części rodnych po wyjęciu płodu, nie zauważyłem nigdy większego krwawienia.

Natomiast należy przyjąć, że stan chorej pogorszył się z powodu wstrząsu nerwowego, jaki mogło sprowadzić choćby najdelikatniejsze rozwiązanie chorej.

Wobec takiego stanu rzeczy trudno było myśleć o czem innem, a tem mniej o laparotomii.

W kilku przypadkach, gdzie po rozwiązaniu chorej drogą naturalną po pęknięciu macicy stan chorej nie był do tego stopnia rozpaczliwy, spróbowaliśmy laparotomii, która pomimo zeszycia rany macicznej i oczyszczenia otrzewnej, kończyła się zawsze śmiercią. O wyłuszczeniu macicy doszczętnem podówczas jeszcze nie myślano, choć wykonywano dosyć często odcięcie trzonu (*amputatio uteri supravaginalis*). Słuszna dlatego wobec takiego przebiegu rzeczy była uwaga czcigodnego szefa śp. prof. Madurowicza, że w przypadkach, gdzie po pęknięciu macicy płód w całości lub w większej części przeszedł do jamy brzusznej, należałoby nam raczej przystąpić do laparotomii, wydobyć płód, popłód a w końcu zaopatrzyć względnie zeszyć macicę. aniżeli najpierw rozwiązywać drogą naturalną, a potem zabierać się do laparotomii. Dlatego w mej praktyce położniczej, o ile na to warunki zezwoliłyby, postąpiłbym raczej w ten sposób, że w przypadkach całkowitego pęknięcia macicy i przejścia całkowitego lub w większej części płodu do jamy brzusznej przystąpiłbym odrazu do laparotomii, wydobycia w ten sposób płodu i popłodu, a wreszcie na podstawie pomyślnego przypadku, otrzymanego przez kol. Marsa, do całkowitego wyłuszczenia macicy. Tylko w przypadkach, gdzie przez pękniętą macicę weszły do jamy brzusznej zaledwie drobne części jak nóżki, starać się, ile można, w sposób łagodny i oględny rozwiązać rodzącą przez wydobycie płodu przez pochwę.

W takim bowiem razie otwór z pęknięcia macicy może być tak mały, że uda się go zatkać gazą jodoformową, a tem samem uniknąć laparotomii.

Dlatego sądzę, że więcej danych ma za sobą propozycya kol. Marsa, który radzi bez poprzedniego rozwiązania chorej drogą naturalną, odrazu przystąpić w danym przypadku do laparotomii, aniżeli kol. Rosnera, który radzi najpierw rozwiązać chorą od strony pochwy, a potem przystąpić do wyłuszczenia macicy drogą laparotomii.

Druga kwestya, w której chciałbym zaapelować do doświadczenia kolegów, którzy mają do czynienia dużo z mięszaną narkozą, odnosi się do tego, czy w podobnych przypadkach, gdzie stan chorej jest bardzo lichy, a mamy przedsiębrać laparotomią, nie należałoby stosować zamiast czystej narkozy chloroformowej, tak zwanej narkozy mięszanej, polegającej na wstrzyknięciu przed laparotomią w okolicę rany brzusznej mięszanki podanej przez Fraenkla, a składającej się z morfiny, apomorfiny, wodnika chloralu i wody destylowanej (0·15, 0·015, 0·25, 15 gr.).

Poruszam tą kwestyę dlatego, że niedawno, kiedy użyłem przy laparotomii, dokonanej na osobie niedokrewnej z powodu ciąży zamacicznej owej nakozy, byłem zdziwiony, że do operacyi trwającej godzinę, użyto 15 gr. chloroformu, chora spała dobrze a po przebudzeniu się czuła się swobodną, nie wymiotowała, nie żaliła się na nudności, ból głowy, jakie po zwykłej narkozie chloroformowej występować zwykły.

Wreszcie przypominam przestrogę p. Bäckera, który stracił chorą po laparotomii i wyłuszczeniu macicy pękniętej podczas porodu z powodu krwotoku z *arteria uterina*, co mogło tylko powstać w ten sposób, że kleszczyki uciskające już i tak mocno obrzmiałe więzadło szerokie, należycie nie ugniatały tętnicy macicznej. Dlatego radzi p. Bäcker, aby jeszcze obok kleszczyków uciskających podstawę więzu szerokiego, podwiązać osobno tętnice.

Kol. Zoll: Przysłuchując się dyskusyi, przyszedłem do przekonania, że bardzo wiele racyi jest w wywodach kol. Rosnera, bardzo wiele racyi również w tem, co mówią koll. Mars i Kośmiński. Mojem zdaniem, ważnem jest to, żeby jeden z kolegów przygotowany był w każdej chwili do wykonania rozwiązania na drodze naturalnej.

Kol. Trzebicki: Jeżeli, jako chirurg zabieram głos w tej sprawie, to żeby zaznaczyć, że ten zabieg jest racyonalniejszy, który prędzej zakończa sprawę.

Kol. Świtalski: Narkozę Fraenkla, o której wspominał kol. Braun, stosowaliśmy wielokrotnie w klinice z wynikami, wogóle biorąc, korzystnymi, choć nie we wszystkich przypadkach daje ona jednakowo zadowalniające rezultaty. Co się tyczy specyalnie narkozy mięszanej u chorych z pęknięciem macicy to

obawiałbym się, czy w obec wielkiego osłabienia dobrze by było ją stosować.

Kol. Trzebicki: Osoby osłabione doskonale tę narkozę znoszą. Wystarczy zwykle kilka kropel chloroformu, ażeby wywołać stan, który nie jest głęboką narkozą, ale zupełnem znieczuleniem, przy którem operować można.

---

## LXXXIV. Posiedzenie z dnia 2. marca 1897.

Przewodniczący: Kol. Mars, sekretarz kol. Rosner.

Jako goście koll.: Staniszewski, Eliasiewicz, Kosiński z Krakowa.

1) W dalszym ciągu dyskusyi nad „pęknięciem macicy" zabierali głos:

Kol. Świtalski: Zeszłego roku szkolnego zebrałem wszystkie przypadki pęknięć macicy, obserwowane tak w klinice, jak i w szpitalu św. Łazarza przez ostatnie dziesięć lat, uwzględniając dokładnie historye chorób i odnośne protokoły sekcyjne.

Wszystkich przypadków było 19, z tego przypada 13 na pęknięcie zupełne macicy, a sześć na niezupełne. Chore przywożono do zakładu zwykle bardzo późno, w stanie bardzo złym, bo na 19 chorych u siedmiu stwierdzono już w chwili przybycia wybitne objawy zakażenia, a u ośmiu zapad. Jeżeli więc u chorych tych po rozwiązaniu *per vias naturales* stan był bardzo lichy lub nawet wkrótce po porodzie zmierały, to nic dziwnego, nie przypisywałbym tego jednak tak, jak kol. Braun, bezpośrednio li tylko rozwiązaniu tą drogą, i nie przemawiałbym tylko na podstawie tego za rozwiązaniem w tych razach na drodze laparotomii. U osób z rupturą, u których stan przed rozwiązaniem jest dobry, rozwiązanie przez pochwę samo jako takie wpływu niekorzystnego na ogólny stan pacyentki mieć nie może, chyba przeciwnie, za czem zresztą przemawia nie tak mała ilość ogłoszonych przypadków pęknięć macicy, wyleczonych konserwatywnem postępowaniem.

Jeżeli stan chorej po rozwiązaniu zaraz się pogorszy, to w następstwie krwawienia, które tak często przy *ruptura uteri* występuje i z którem się zawsze liczyć należy. Na 19 przypadków, które zebrałem, u 10 stwierdzono podczas operacyi lub sekcyi znaczniejszy krwotok wewnętrzny, z tego trzy razy wśródotrzewnowy, a 7 razy *haematoma subperitoneale.* Pomimo, że krwotok przy pęknięciu rzadko jest tak znaczny, aby bezpośrednio

groził życiu, to wiedząc, że niedokrewność czy to usposabia, czy to przyczynia się do niekorzystnego przebiegu przy zakażeniu, powinniśmy się zawsze starać, aby jak najprędzej krwawienie to powstrzymać. Przy rozwiązaniu od strony pochwy możemy to zrobić dopiero po wydaleniu płodu, a więc często po operacyi dłuższy czas trwającej, przy której nawet, gdy już krwawienie ustało, przez oderwanie skrzepów możemy sprowadzić świeży krwotok, dlatego zdaje mi się, że jeżeli mamy zamiar wogóle leczyć pęknięcie macicy na drodze operacyjnej, w tych razach, gdzie część przodująca płodu leży wysoko, korzystniejszem będzie rozwiązanie *per abdomen*, gdyż będzie ono łagodniejsze, wrazie danym będziemy mogli zaraz krwawienie powstrzymać, zyskując zarazem na czasie, co dla chorej może mieć nie małe znaczenie. W tych jednak przypadkach, gdzie część przodująca płodu leży bardzo nisko, a zwłaszcza jeżeli już płód ulega gniciu, przychyliłbym się do zdania kol. Rosnera, że należy rozwiązać od strony pochwy a potem dopiero przystąpić do laparotomii, nawet przy najdokładniejszem bowiem osłanianiu nie jesteśmy w stanie uniknąć zanieczyszczenia pola operacyjnego i jego otoczenia.

Kol. Rosner pragnie zwrócić uwagę na jednę okoliczność, której dotąd w dyskusyi nie poruszono, a która praktycznie wielką odgrywa rolę i nie pozwala na utworzenie zasady operowania *per abdomen*. Jest mianowicie pewien procent przypadków, nawet nie zbyt mały, gdzie pewne rozpoznanie pęknięcia jest niemożliwe. W tych przypadkach otwarcie brzucha jest rzeczą bardzo ryzykowną. Rozwiązanie w tedy ma na celu między innemi ułatwienie rozpoznania.

Kol. Cercha: Krwotok, który występuje bezpośrednio po rozwiązaniu, może być nieznaczny, jednak utrata tej ilości krwi u osoby niedokrewnej i będącej w zapadzie może rozstrzygać o jej życiu. Zna jeden przypadek, w którym u osoby z pęknięciem macicy, której stan był względnie dobry, przystąpiono do rozwiązania. Położenie było czaszkowe, miednica ścieśniona. Pacyentka natychmiast po rozwiązaniu przez drogi naturalne zmarła. Przyczyna śmierci była, zdaniem kol. Cerchy, utrata dużej ilości krwi.

Co do uwagi kol. Rosnera, dotyczącej rozpoznania, to sądzi, że jednak często rozpoznać można pęknięcie na pewne.

Kol. Świtalski uważa za rzecz naturalną, że rozwiązywanie *per abdomen* z zasady jest niemożliwe. Jeśli się do niego przystępuje, trzeba koniecznie wiedzieć nie tylko, że jest pęknięcie, ale nadto, że pęknięcie to jest zupełnem. W przeciwnym razie laparotomia nie jest wskazana.

Kol. **Mars** kończąc dyskusyą zauważa, że istnieją różne poglądy na sprawę leczenia pęknięcia macicy i że wiele czynników trzeba tu brać w rachubę. Cieszy się, że dyskusya dała temu wyraz.

2) **Nad odczytem kol. Rosnera:** „O wczesnych objawach raka szyi macicy“ **rozwinęła się ożywiona dyskusya, w której przemawiali:**

Kol. **Świtalski** nie zgadza się na wywody kol. Rosnera, które uważa za pozbawione praktycznego znaczenia. Kol. Rosner wystąpił z nimi najmniej o 50 lat za wcześnie. Twierdzenie, jakoby nie było wczesnych objawów raka jest nieusprawiedliwione. Do tych wczesnych objawów trzeba niewątpliwie zaliczyć krwawienie. Może ono być następstwem przekrwienia, jakie towarzyszy rozwojowi raka, może pochodzić i z tego, że przy *coitus* lub przy defekacyi kruche tkanki raka doznają urazu. Choćby zresztą objawy te nie były zależne bezpośrednio, tylko pośrednio od rozwoju raka, mają one zawsze znaczenie i wartość rozpoznawczą. I kaszel ludzi gruźliczych nie pochodzi od tuberkulozy, tylko od towarzyszącego zapalenia oskrzeli, niemniej jednak ma znaczenie rozpoznawcze.

Żadnymi środkami przy dzisiejszych stosunkach nie usuniemy tego, że akuszerki zajmować się będą praktyką ginekologiczną. Jeśli znać będą anamnestyczne objawy raka, to wzdrygać się będą przed leczeniem tych osób; posyłać będą chorą do lekarza i w ten sposób pewną ilość osób, dotkniętych rakiem, będzie można uratować.

Kol. **Jordan** sądzi, że kol. Rosner wyprowadził z tego, co kol. Świtalski napisał, zbyt daleko idące konkluzye. Przecież i kol. Świtalski nie radzi lekarzowi opierać rozpoznania na wywiadach tylko na badaniu przedmiotowem, a wywiady mają tylko zwrócić mu uwagę na możliwość raka i skłonić do tem dokładniejszego badania.

Co do akuszerek, to dużo jeszcze wody upłynie, nim ich praktykowanie w ginekologii da się usunąć. W obec tego należałoby zwłaszcza akuszerkom wiejskim zwrocić uwagę na objawy raka i polecić im, żeby każdą chorą, u której na części pochwowej znajdą narośl, odsyłały do lekarza. Na zapatrywania w tym względzie kol. Rosnera nie może się kol. Jordan zgodzić.

Kol. **Rosner** nie przypuszczał ani na chwilę, jakoby kol. Świtalski radził lekarzom opierać rozpoznanie wyłącznie na wywiadach, nie zgadza się tylko z tem, jakoby dopiero wykazanie w anamnezie objawów raka miało się stawać „bodźcem do dokładnego zbadania części rodnych“. Przeciwnie sądzi, że

każda chora, żaląca się na przypady maciczne, powinna być badana dokładnie, gdyż każdy objaw może odpowiadać rozwojowi raka.

Co się tyczy akuszerek, to stanowczo pozostać musi przy swojem zapatrywaniu, że pouczanie ich o objawach raka jest aprobatą ich praktyki, którą wszyscy potępiają, i żadną miarą nie prowadzi do pożądanego celu. Przeciwnie upatruje kol. Rosner w takiem nauczaniu niebezpieczeństwo, sądzi bowiem, że dopiero wtenczas akuszerki z lekkiem sumieniem leczyć będą chore, nie okazujące objawów raka, a które przecież raka mieć mogą. Ale i te inne chore, które objawy anamnestyczne raka okazują, będą akuszerki tylko tak długo posyłać do lekarzy, dopóki na kilku lub kilkunastu przypadkach nie przekonają się, że to, co im mówiono w szkole, jest nieprawdą. A wtenczas cała poprzednia nauka nie będzie miała praktycznego znaczenia.

Kol. Cercha uważa odczyt kol. Rosnera za często akademicką dysertacyą, która żadnego praktycznego znaczenia mieć nie może. Uwagi w dyssertacyi tej zawarte mogą odnosić się do lekarzy, trudniących się wszelkimi fachami, nie zaś do ginekologów.

Kol. Mars zaznacza, że ginekolodzy żadną miarą nie mogą mieć pretensyi do lekarzy niefachowych za to, że oni nie rozpoznają i nie przysyłają wczesnych przypadków raka, bo przecież tych wczesnych objawów i sami ginekologowie nie znają i to nietylko anamnestycznych, ale i przedmiotowych.

Na setki i tysiące chorych, które fachowi ginekolodzy badają, nie zdarzają się jakoś te wczesne przypadki, a to dlatego, że my tych objawów wczesnych wprost nie znamy. Ginekologia dążyć dopiero powinna do tego, żeby rzecz tę ciemną rozświetlić i pouczyć nas, jak te przypadki się przedstawiają. W ciągu kilku dni obraz, jaki przedstawia część pochwowa zajęta rakiem, zmienia się w niektórych przypadkach tak zasadniczo, że wprost wiary temu dać trudno. Kol. Mars przytacza kilka takich przypadków z własnej obserwacyi.

Co się wreszcie tyczy akuszerek, to przedewszystkiem dążyć należy do tego, żeby ich poziom inteligencyi podnieść. Dziś poziom ten jest tak niski, że należy im chyba zwracać uwagę na to, żeby wszelkie przypadki ginekologiczne odsyłały do lekarzy.

Kol. Rosner zastrzega się, jakoby robił zarzut lekarzom, którzy badając chore, nie są w stanie rozpoznać u nich raka. Daleki był od tej myśli już choćby dlatego, że wie, iż rozpoznanie to bywa czasem trudne, czasem wprost niemożliwe. Natomiast uczynił zarzut tym lekarzom, którzy podejmują się

leczenia ginekologicznego i nie badają wcale części rodnych, zapisują np. hydrastis na klimakteryczne krwawienie u kobiet, dotkniętych rakiem. Że tak się dzieje, wiedzą wszyscy, i takie postępowanie nazwał nieodpowiedniem.

Kol. Zoll sądzi, że stosunki poprawiłyby się, gdyby w kasach chorych byli specyaliści ginekologowie. Kasy te rozporządzają ogromnym materyałem.

Kol. Świtalski zaznacza jeszcze raz, że przy dzisiejszym stanie rzeczy, chore kobiety wiejskie zwrócą się najpierw do akuszerki, do której mają większe zaufanie. Dobrze będzie, jeśli ta akuszerka wszelkie podejrzane przypadki, posyłać będzie do lekarza.

Wywiady, którym kol. Rosner odmawia wszelkiego znaczenia, mają jednak pewną wartość. Lekarz dokładniej będzie badał chorą po *climacterium*, u której z niewiadomej przyczyny zaczynają się białe upławy, niż osobę młodą 20-letnią, która te upławy ma np. od czasu poronienia.

Co się wreszcie tyczy uwag kol. Marsa, to zdaje mi się, że w praktyce prywatnej ginekologów dlatego tak mało jest przypadków wczesnego raka, ponieważ wogóle w tych warstwach, z których się prywatna praktyka rekrutuje, nowotwór ten przytrafia się nie często.

Kol. Świtalski zaznacza, że akuszerkom musiałoby się zwrócić uwagę na to, że t. zw. objawy raka mogą wystąpić i w innych cierpieniach ginekologicznych i nie muszą koniecznie pochodzić od rozwoju raka. Wtenczas akuszerka z góry będzie przekonana, że na kilkanaście przypadków, które pośle do lekarza, raz trafi się na raka.

Kol. Lax uważa zaznajomienie akuszerek z objawami raka za rzecz bez praktycznego znaczenia, bez znajomości ginekologii, przynajmniej w najobszerniejszych zarysach, a to z powodu częstego pozornego podobieństwa, jakie zachodzi między rakiem a innymi stanami patologicznymi.

Wykształcenie akuszerek w rozpoznawaniu li tylko raka uważa kol. L. za miecz obusieczny, zarówno pacyentkom jak i samym akuszerkom, szkodliwy. Najważniejszą rzeczą jest według L. podniesienie poziomu wykształcenia ludu, które w innych krajach i państwach względnie najlepsze dało wyniki.

Kol. Rosner wypowiada przekonanie, że zapatrywania jego i kol. Świtalskiego, obecnie mało się od siebie różnię. Kol. Switalski chciałby, żeby akuszerka wtedy posłała chorą ginekologiczną do lekarza, jeśli od niej dowie oię o jakimś objawie, przemawiającym za rakiem. Ale kol. Świtalski nie przeczy, że każdy objaw ginekologiczny może rozwojowi raka odpowiadać.

Natomiast kol. Rosner pragnie, żeby akuszerki każdą chorą ginekologiczną odsyłały do lekarza, co praktycznie biorąc na jedno wyjdzie.

3) Dyskusya nad odczytem kol. Kośmińskiego „O *graviditas interstitialis*".

Kol. Mars obserwował obecnie drugi przypadek, którego historyę choroby w krótkości podaje. Chora, wieloródka zgłosiła się do niego w godzinie ordynacyjnej. Badanie wykazało istnienie dwóch guzów, z których jeden, leżący po stronie prawej nad Poupartem, był wrzecionowaty, ciągnący się od talerza biodrowego ku spojeniu łonowemu, a więc od góry i od strony prawej ku dołowi i ku linii środkowej, drugi zaś lewy odpowiadał powiększonej macicy. Wywiady odpowiadają ciąży, chora ma jednak krwawienie. Rozpoznanie: ciąża zamaciczna lub interstycyalna. Chora została przyjęta do szkoły położnych, gdzie potem przez kilku kolegów krakowskich była badaną.

Krwawienia przez czas ten były nieregularne; często występowały bóle. Kol. Mars zamierzał wykonać u niej laparotomią, obawiał się bowiem pęknięcia torby obejmującej jaje i pewnego dnia poczyniono nawet wszelkie do operacyi przygotowania. Badanie, wykonane przed zabiegiem, wykazało jednak zupełną zmianę stosunków.

Przedewszystkiem nie znaleziono osobnej macicy; oba guzy złączyły się niejako w jednę morfologiczną całość, przyczem jednak część prawa guza zachowała cechy guza prawego i była miękka, podczas gdy część lewa znacznie twardsza, zdawała się teraz odpowiadać jednemu rogowi macicy. Na podstawie tego rozpoznano, że ciąża interstycyalna rodzi się do wnętrza macicy.

Ponieważ bóle i krwawienia pozwalały stwierdzić skłonność do poronienia, przeto postanowił kol. M. czynność tę przyspieszyć. Wobec braku jakiegoś życiowego wskazania, zabrano się do rzeczy powoli i łagodnie. Przedewszystkiem zaczęto rozszerzać szyję gazą jodoformową. Mimo rozszerzenia, jakie osiągnięto, szyja nie okazywała bynajmniej rozpulchnienia. Palec przeprowadzony do jamy macicy wykazywał, że pęcherz płodowy leży od strony prawej i wcale nie przytyka do ściany lewej. Stosowano jeszcze celem rozszerzenia balony i rozszerzadła Hegara, które jednak, wobec braku rozpulchnienia, sprowadziły naddarcie szyi. Wśród tego ciepłota podniosła się do 38° C., co ostatecznie skłoniło kol. M. do ukończenia poronienia. Wszystkie produkta ciąży wyskrobał dużą łyżeczką, co nie było rzeczą łatwą, wobec tego, że miał do czynienia z ciążą czteromiesięczną. Podobny zabieg wykonywał raz jako asystent ś. p.

prof. Madurowicza. Wówczas usunął łyżeczką ciążę bliźniaczą. Kol. M. zwraca uwagę na to, że przy takiem skrobaniu łatwo pozostawić można w macicy niektóre części płodowe. I w tym przypadku miało to miejsce; dopiero nazajutrz po zabiegu usunął z macicy jednę kość goleniową i parę żeber. Macica, która przedtem źle się kurczyła, po usunięciu tych części zaczęła się zwijać prawidłowo. Chora ma się zupełnie dobrze.

Kol. Rosner zwraca uwagę na skłonność macicy do niejednostajnego kurczenia się w przypadkach grożącego przerwania ciąży i krwawienia wewnętrznego. Robi to takie wrażenie, jak gdyby macica w miejscu, w którem wynaczyniona krew odkleiła jaje od jej ściany, popadała w skurcz, podczas gdy reszta ściany macicy pozostaje miękką. Miejsca skurczone różnią się wtedy wybitnie od otoczenia konsystencyą; uderzająco przypominają włókniaki, rozsiane w ścianie ciężarnej macicy. Jeśli się jednak bada kilka razy, to nie trudno zauważyć, że te „włókniaki" zmieniają swoje usadowienie. Przypadek, opowiedziany przez kol. Marsa, był zbyt dobrze obserwowany, ażeby mógł budzić wątpliwości rozpoznawcze. Gdyby atoli pacyentka była się zgłosiła dopiero wówczas, kiedy oba guzy zlały się w jedną całość i kiedy prawa i lewa część macicy różniły się tylko konsystencyą, wtedy trudnoby było rozstrzygnąć, czy ta różnica nie pochodzi ztąd, że jaje płodowe, przyczepione jeszcze po stronie prawej, odklejone jest od macicy po stronie lewej i oddzielone od niej warstwą skrzepłej krwi, która jako ciało obce skurcz ten miejscowy podtrzymuje. Możnaby ostatecznie kwestyą tę podczas skrobania rozstrzygnąć. Gdyby mianowicie ściana lewa nie była wcale siedzibą jaja, wówczas powinnoby się znaleść na niej całą doczesną z wszystkiemi warstwami. Przeciwnie, gdyby krew, lub skurcze macicy były przyczyną częściowego odklejenia jaja, wówczas tylko część doczesnej możnaby znaleść przy ścianie macicy.

Kol. Mars miał to, co kol. Rosner mówi, na względzie i dlatego skrobał osobno ścianę lewą, i strzępki te osobno będzie badał.

Kol. Kośmiński. Stosunek wzajemny jaja płodowego do jamy macicy bywa przy ciąży interstycyalnej różny, a zależy to od tego, czy jaje rozrastać się będzie więcej w kierunku od czy też dośrodkowym. W pierwszym przypadku jaje płodowe rozwijać się będzie częściowo ku trąbce, a mianowicie w części trąbki tuż od macicy odchodzącej, a miejsce rozwoju jaja płodowego połączonem będzie z jamą macicy przez prawidłowych rozmiarów lub nieco tylko rozszerzone *ostium uterinum tubae*, w drugim przypadku jaje, rozrastając się ku jamie macicy,

rozszerzać będzie stopniowo ujście maciczne trąbki i wypełniać częściowo jamę macicy tak, że wreszcie prawie całe jaje płodowe może się znaleść w jamie macicy, a pierwotne miejsce śródścienne rozwoju jaja płodowego przedstawiać się będzie w postaci zaułka, wyraźnie od całego trzonu macicy odgraniczonego, o ścianach nadzwyczaj cienkich i wiotkich. Przebieg, a co za tem idzie, rokowanie i leczenie zależeć będzie właśnie od kierunku, w jakim się jaje płodowe rozwijać będzie. I tak, gdy jaje rozwija się więcej w kierunku trąbki, to przebieg zbliża się zupełnie do przebiegu w przypadkach ciąży trąbkowej, z powodu jednak grubszych ścian następuje pęknięcie worka płodowego zazwyczaj w nieco późniejszym okresie ciąży. Jeżeli zaś jaje płodowe rozwijać się będzie w kierunku dośrodkowym i w znaczniejszej przynajmniej części będzie się następnie rozwijać w jamie macicy, to ciąża zostaje albo przerwaną, albo też może się utrzymać do końca, a poronienie lub poród odbyć się może tak, jak w przebiegu ciąży śródmacicznej; pamiętać jednak należy, że w miejscu wypuklenia się ściany macicy, w miejscu zaułka pozostałego po pierwotnem usadowieniu się śródściennem jaja płodowego, może, z rozpoczęciem się bólów porodowych, powstać pęknięcie zcieńczałej ściany macicy.

Jednak, oprócz pęknięcia ściany zaułka, grozi takiej osobie jeszcze inne niebezpieczeństwo, a mianowicie, ponieważ pierwotne jaje płodowe rozwijało się po za jamą macicy, przynajmniej część łożyska pozostaje zazwyczaj do końca przyczepioną do ścian tworzących zaułek.

Gdy po wydaleniu płodu ściany macicy kurcząc się mocno, przesuwają się niejako swą powierzchnią i w ten sposób odklejają się od powierzchni łożyska, to ściany zaułka cienkie, nie kurczące się, wiotkie nie czynią tego, tu związek pomiędzy ścianą macicy a łożyskiem zostaje utrzymanym, łożysko w tem miejscu nie odkleja się. Jeżeli znaczniejsza część łożyska była usadowioną w zaułku, wydobycie ręczne i oddzielenie części łożyska, przyczepionej do cienkich ścian zaułka, bez przedarcia tychże napotka chyba na bardzo wielkie trudności, gdy zaś nawet takie oddzielenie pomyślnie się uda, to wystąpi na pewne krwotok z przerwanych naczyń krwionośnych z powodu niedostatecznego kurczenia się ścian zaułka.

Jeżeli zaś tylko mała część łożyska tak, jak to prawdopodobnie najczęściej bywa, jest usadowioną w zaułku, to kawałek ten łożyska również nie odkleja się od ścian zaułka, skutkiem kurczenia się macicy następuje skurcz ujścia macicznego trąbki, kawałek ten łożyska zostaje niejako uwięzgniętym w zaułku, wreszcie łożysko albo siłą swego ciężaru lub też przy wydale-

niu sztucznem zostaje oderwanem od tego kawałka i wydalonem, kawałek zaś ten pozostaje.

Wydobycie ręczne takiego kawałka uwięzgiętego w zaułku, czy to bezpośrednio po porodzie, czy też później, będzie bardzo trudnem, prawie niemożebnem, raz, że zaciśnięte ujście maciczne trąbki nie przepuści więcej, niż jeden palec, a po drugie, że przy użyciu nieco większej siły możemy podrzeć cienką ścianę zaułka. Kawałek taki łożyska zatrzymany da nam wszystkie objawy ukleja łożyskowego, a nie wydalony rozkłada się, powodując ogólne zakażenie. Że tak rzeczywiście bywa, dowodzi żywo mi w pamięci będący przypadek, jaki miałem sposobność operowania na oddziale położ. ginekol.

W nocy d. 6 marca 1894 r. zostałem wezwanym spiesznie na oddział do W. S. lat 28 liczącej, która przed kilku minutami urodziła po raz pierwszy siłami przyrody na czasie w położeniu czaszkowem drugiem, i od tego czasu silnie krwawi. Badanie wykazało macicę, sięgajacą dnem na 2 palce powyżej pępka, dość dobrze w całości się kurczącą, róg zaś lewy macicy znacznie wypuklony i powiększony był miękki, prawie elastyczny, mało co jędrniejący i przy nacieraniu bolesny, popłód w jamie macicy, kwawienie z części rodnych obfite. Gdy przez zabieg Crédégo nie udało się popłodu wydalić, krwawienie zaś jeszcze się wzmogło, przystąpiłem do wydobycia ręcznego popłodu. Łożysko w większej części już odklejone spotkałem na ścianie przedniej i lewej macicy. Oddzielając z łatwością resztę łożyska od ścian macicy, a współoperując ręką zewnętrzną, znałazlem się w końcu w lewym boku] macicy w zaułku, kształtu lejkowatego, o ścianach bardzo cienkich, do których kawałek łożyska był silnie jeszcze przyczepionym. Ponieważ łożysko oddzielone zabieg cały znacznie utrudniło, przeto, oddzieliwszy je od kawałka w zaułku tkwiącego, osobno wydobyłem. Po powtórnem wprowadzeniu ręki do jamy macicy, dostałem się do zaułka dwoma palcami ostrożnie oddzielałem resztę łożyska od cienkich ścian, ponieważ jednak zaułek ten lejkowato znacznie się zwężał, przeto dalej operować mogłem nie dwoma tylko jednym palcem, w końcu czułem wprawdzie na szczycie lejka wyraźnie jeszcze kawałek łożyska, jednak oddzielić go i wydobyć, pomimo najusilniejszych starań, w żaden sposób nie mogłem, na użycie zaś większej siły nie mogłem się odważyć z powodu ciągłej obawy przedarcia cienkich ścian, tworzących zaułek. Rodząca zniosła zabieg bardzo dobrze, krwawienie ustało, macica kurczyła się dobrze. Tak więc z całą świadomością] widziałem się zmuszonym pozostawić ów kawałek łożyska.

Przez pierwszych kilka dni położnica miała się dobrze, szóstego dnia zaczęła gorączkować, siódmego wystąpił obfity krwotok. Ułożono zatem położnicę odpowiednio, i w uśpieniu chloroformowem oddzieliłem i wydobyłem z wielką trudnością z dna tego lejka kawałek łożyska rozkładającego się i cuchnącego, wielkości śliwki, jednak z tem uczuciem, że jeszcze jakieś strzępki musiały pozostać. Odtąd krwawienie się w prawdzie nie powtórzyło, jednak położnica gorączkowała dalej i wśród objawów typowej sepsis dnia 17 marca umarła.

Sekcya wykazała, że trąbka lewa, a mianowicie część jej tuż od macicy odchodząca, była bardzo znacznie w kształcie lejka rozszerzoną, a ściany jej znacznie grubsze, przerosłe przechodziły bezpośrednio i gubiły się w rozszerzonym i powiększonym rogu macicy. Na wewnętrznej powierzchni zaułka, utworzonego przez rozszerzoną część maciczną trąbki, znajdowały się nitki i drobne strzępki jako pozostałość po uczepieniu się łożyska, na dnie zaś lejka znajdował się kawałeczek utkania łożyskowego, wielkości fasoli. *Endometritis septica, metrophlebitis purulenta, peritonitis, pneumonia hypostatica.*

Możemy zatem powiedzieć, że w przypadku tym rozwinęła się początkowo ciąża interstycyalna, która następnie, rozrastając się ku jamie macicy, zamieniała się na śródmaciczną, i do końca została utrzymaną; że zaś początkowo ciąża rozwijała się w trąbce, dowodzi obecność powyż opisanego lejkowatego zaułka, który bezpośrednio przechodził w trąbkę lewą, a następnie przyczepienie się kawałka łożyska do ścian tegoż lejka.

Widzimy więc, że ciąża interstycyalna w każdym okresie swojego rozwoju może osobę ciężarną narazić na poważne niebezpieczeństwo, z czego wynikałoby, że w przypadkach ciąży śródmiąższowej należy występować czynnie, a nie zajmować stanowiska wyczekującego. Dla tego, mojem zdaniem, w każdym przypadku podejrzanym należy się przedewszystkiem starać przez kilkakrotne dokładne badanie stwierdzić lub wykluczyć ciążę śródmiąższową, a w razie niewątpliwie rozpoznanej ciąży interstycyalnej, wystąpić czynnie.

I tak, gdy rozpoznamy, że ciąża śródmiąższowa rozwija się z wybitną dążnością rozrostu do części obwodowej trąbki, należałoby wykonać laparatomią, jeżeli zaś ciąża rozwija się więcej dośrodkowo, to należy próbować rozszerzyć szyjkę macicy, a następnie wejść palcem do jamy macicy i zbadać, jak się zachowuje ujście maciczne trąbki i czy, przy pobudzeniu macicy do skurczów skutkiem tego rozszerzania szyjki, ujście to nie będzie się rozszerzać. Pobudzając bowiem macicę do skurczów, wywołujemy równocześnie skurcze przerosłych, ścian trąbki, za-

zawierających jaje płodowe; jeżeli zatem ujście maciczne trąbki będzie miejscem najwięcej podatnem, jeżeli więc mieć ono będzie dążność do rozwarcia się, to jaje płodowe siłą tych skurczów ścian trąbki będzie działać w kierunku najmniejszego oporu i w ten sposób, po rozszerzeniu ujścia macicznego trąbki, może wreszcie zostać urodzonem do jamy macicy, a następnie wydalonem. Takie zejście ciąży śródmiąższowej możemy śmiało nazwać najkorzystniejszem, bo następnie zazwyczaj powracają części rodne do prawidłowego stanu. Przerwanie zatem ciąży interstycyalnej i usunięcie jaja płodowego drogami naturalnemi będzie postępowaniem najwięcej zalecenia godnem. Jednak i tu musimy mieć ciągle na uwadze tę okoliczność, że, przy wystąpieniu skurczów ścian trąbki, może nastąpić pęknięcie tychże i jaje płodowe rodzić się będzie do jamy brzusznej; dla tego, z chwilą rozpoczęcia rozszerzenia szyjki macicy, należy być przygotowanym na możliwą potrzebę wykonania laparatomii.

W tych zaś przypadkach ciąży śródmiąższowej, które w dalszym ciągu, w miarę swego rozwoju, zamienią się w ciążę śródmaciczną, i w których ciąża dobiegnie kresu, a nawet poród odbędzie się prawidłowo, należy bezpośrednio po porodzie bardzo ściśle zbadać zaułek, w którym pierwotnie jaje płodowe się rozwijało, czy jaki kawałek łożyska w nim nie pozostał, a w danym razie go wyjąć, w razie zaś niemożności wyjęcia go, niewahałbym się po tak smutnem doświadczeniu wykonać zaraz po porodzie całkowite wyjęcie przez pochwę macicy wraz z odpowiednią trąbką i w ten sposób uwolnić położnicę od niewątpliwie grożącego jej niebezpieczeństwa zakażenia.

4) Kol. Świtalski przedstawia preparat: *Adenoma malignum corporis et cervicis uteri.*

Preparat ten został wyjęty na drodze operacyjnej (*exstirpatio uteri m. Freund*) d. 9 I. u osoby liczącej lat 51.

Widzicie tu Panowie macicę powiększoną, o ścianach mocno zgrubiałych, a w tylnej jej ścianie śródmiąższowo usadowiony włókniak, wielkości dwóch pięści, który za życia uwiązł w zatoce Douglasa. Obok tego na błonie śluzowej całej macicy znajdują się bardzo znaczne i niezwykłe zmiany; cała błona śluzowa tak szyi jak i trzonu macicy jest bardzo znacznie zgrubiała (około 1 ctm.), a powierzchnia jej jest nierówna, brodawkowata. Zabarwienie błony śluzowej jest niejednostajne, jak to Panowie możecie jeszcze widzieć wyraźnie na preparacie, a dokładnie na bardzo wiernej ry-

cinie; w szyi macicy i blizko dna błona śluzowa jest brudno-szaro-zielona z powodu rozpoczynającego się gnicia, zresztą żywo-czerwona. W przypadku tym przed operacyą rozpoznano, obok włókniaka, raka macicy, jakkolwiek było uderzającem, że naciek tak jednostajnie zajmuje całą błonę śluzową macicy, co dokładnie dało się wybadać, gdyż szyja była w całości drożna dla palca. Dopiero badanie drobnowidowe pouczyło nas, że mamy tu do czynienia z *adenoma malignum* a właściwie używając nazwy Wintera *adeno-carcinoma diffusum corporis et cervicis uteri.* Preparaty mikroskopowe, ustawione pod drobnowidem, możecie Panowie obejrzeć.

Dodać też jeszcze muszę, że pacyentka bardzo znacznie już wycieńczona przez krwawienie, upławy i gorączkę, zmarła w 4-tym dniu po operacyi, a sekcya nie wykazała żadnej wybitnej przyczyny śmierci. *Adenoma* w przebiegu włókniako-mięśniaków występuje wogóle rzadko, i podczas gdy jedni uważają to za przypadkową komplikacyą, inni są tego zdania, że *fibromyoma* jako takie usposabia do tej zmiany, wywołując najpierw *endometritis glandularis*, która w dalszym ciągu przechodzi w *adeno-carcinoma.*

5) Kol. Rosner przedstawia preparat: *Endometritis deciduae tuberoso-polyposa.*

Preparat, który niniejszem mam zaszczyt Kolegom przedstawić, pochodzi od pacyentki M. B., lat 21 liczącej ze Szczakowy. Zgłosiła się ona do mnie po raz pierwszy dnia 21 października 1896 roku z prośbą o wyleczenie jej z cierpienia macicznego, które powoduje nawykowe poronienie. W wywiadach podaje, że zaczęła miesiączkować w 15 roku życia, z początku raz na kilka miesięcy, później częściej, ale nieregularnie. Błednicy miała nie przebywać wcale. Przed $3^1/_2$ laty zapadła na ospę, która jednak miała przebieg łagodny. W pół roku później wyszła za mąż. Zastąpiła po raz pierwszy w cztery miesiące po zamążpójściu i poroniła w 2-gim miesiącu ciąży. Po poronieniu tem zaczęły się pojawiać dość obfite białe upławy. Od tego czasu roniła jeszcze cztery razy, zawsze, jak podaje, w 1-szym miesiącu ciąży. Żali się na

ból podczas spółkowania i oddawania stolca. Obecnie białych upławów zaledwie ślad. Objawów kiły nie podaje.

Badanie wykazuje: osoba szczupła, dość wysoka, o zdrowem wejrzeniu. W organach wewnętrznych nie ma żadnych zmian patologicznych. W sutkach kleju nie ma. Nad spojeniem i nad pachwinami nie ma żadnej bolesności. Przedsionek blado-różowy. Mocz prawidłowy nie zawiera białka, ani cukru. Pochwa wąska, prawidłowa. Część pochwowa drobna, ujście małe, okrągłe. Zbitość normalna. Trzon macicy pod każdym względem prawidłowy. Części dodatkowe niezmienione. We wzierniku pochwa i część pochwowa nie okazują zboczeń. Erozyi nie ma. Pacyentka sądzi, że jest w ciąży, czego na podstawie powyższego badania nie można ani stwierdzić, ani wykluczyć.

Poleciłem w razie, gdyby wystąpiło poronienie, zachować wszelkie jego produkta.

Jakoż z końcem listopada 1896 r. pacyentka przysłała mi, zachowane w zwykłym spirytusie, produkta poronienia, które się odbyło dnia 15-go listopada. Było to więc szóste z kolei poronienie, przebiegało ono wśród silnego krwawienia.

Widzicie Panowie przedewszystkiem dokładny odlew macicy. Jest to bardzo gruba doczesna (*decidua vera et serotina*), przerwana w okolicy ujścia wewnętrznego. Dwa skrzepy krwi przyczepione do rogów tej doczesnej, są odlewami przewodów trąbkek. Zewnętrzna, maciczna powierzchnia doczesnej jest gąbczasta, widzimy na niej gęsto otworki gruczołów. Wewnętrzna powierzchnia okazuje zmiany, właściwe cierpieniu, znanemu pod nazwą *endometritis tuberoso-polyposa*. Przedewszystkiem więc widać cały szereg wyniosłości, pooddzielanych od siebie rowkami tak, że poprostu zajmują one całą wewnętrzną powierzchnię doczesnej. Na nich tu i ówdzie widać ukleje drobne, jak ziarnko prosa, lub nieco większe, przyczepione do podstawy na bardzo cienkich, wprost nitkowatych szypułkach. Uklejów tych jest zaledwie kilka.

Widzicie Koledzy nadto całą *deciduam reflexam*, oddzieloną od doczesnej prawdziwej, i przerwaną. Leży ona wolno w jamie doczesnej.

Osobno przedstawiam Panom jajko, które nie leżało w jamie doczesnej i prawdopodobnie urodziło się wśród skrzepów krwi przed odejściem doczesnej. Jajko to ma obecnie 16 mm. w średnicy, jest jednak prawdopodobnie cośkolwiek skurczone wskutek dłuższego przebywania w wyskoku. Z tego powodu, jak niemniej dlatego, że płodu w niem nie ma, trudno dokładnie oznaczyć jego wiek. Sądzę jednak, że jest to jaje z drugiej połowy pierwszego miesiąca rozwoju, zaczem przemawiają i wywiady.

Badanie drobnowidowe doczesnej i kosmówki jaja nie dało mi żadnych wyników prawdopodobnie dlatego, że materyał został nieodpowiednio przechowany i utrwalony. Wnosząc z tego, co o tej zmianie pisano, nie spodziewam się zresztą znaleść nic innego, jak zwykły przerost doczesnej.

Od poronienia minęło już 3½ miesięcy. Pacyentka miała przed końcem stycznia dwa razy bardzo obfity peryod. Białe upławy nie pokazały się. Chorej zaproponowałem abrazyą i wykonałem ją na oddziele III. A. dnia 30 stycznia b. r. Łyżeczką wydobyłem sporo strzępków błony śluzowej. Przebieg pooperacyjny był zupełnie dobry. W ciągu leczenia zastosowałem kilka razy *tram jodi* na odnawiającą się błonę śluzową. W połowie lutego, a więc już po operacyi, miała chora miesiączkę prawidłową. Badanie drobnowidowe strzępków błony śluzowej macicy wykazało *endometritis interstitialis.* Ilość gruczołów nie powiększona. Odnośne preparaty mikroskopowe niniejszem Kolegom przedstawiam.

---

**LXXXV. Posiedzenie z dnia 10 marca 1897.**

Przewodniczący: kol. Mars, sekretarz: kol. Rosner.

Jako goście: kol. Piątowski z Radomia, koll. Eliasiewicz, Jaugustyn, Sawer, Służewski, Sołtysik i Staniszewski z Krakowa.

1) Kol. Kośmiński przedstawia dwie chore, wyleczone z rozmiękczenia kości.

Jedna z nich, leczona bezskutecznie w domu przez kilka lat, zgłosiła się w r. 1894 do kliniki położniczo-ginek., gdzie wykonano kastracyą. Po operacyi nastąpiło znaczne bardzo polepszenie, jednak już w pół roku stan jej się pogorszył i z tego powodu zgłosiła się na oddział ginekologiczny z końcem roku 1894. Na oddziale ginekologicznym pozostawała od 15 grudnia 1894 do 23 czerwca 1895 r., to jest przeszło 6 miesięcy i przez ten czas wyżyła około 0,70 fosforu i 1700 gramów *Olei jecor. Aselli.*

Od tego czasu fosforu nie zażywała i wcale się leczyć nie potrzebowała, gdyż bóle w kościach ustąpiły, chodzić może swobodnie i nie doznaje żadnych dolegliwości. Obecnie stwierdzić można, iż kości nawet przy silnym ucisku nie są bolesne i tylko kość krzyżowa przy bardzo silnym ucisku jest nieco tkliwą. Osoba ta zajmuje się wszelkiemi robotami koło gospodarstwa domowego, a nawet chodzi piechotą, jak sama opowiada, więcej niż milę bez zmęczenia.

Druga z przedstawionych zgłosiła się na oddział ginekologiczny dnia 18 lipca 1894 r., gdzie była leczoną przez podawanie fosforu do 28 grudnia 1894 r.; przez te $4^1/_2$ miesiące wyżyła 0,60 fosforu i 1300 *Olei jecor. Aselli.* Gdy się zgłosiła na oddział, nie mogła ani kroku postąpić o własnej sile, po trzech miesiącach leczenia fosforem chodziła już sama dość dobrze. W domu polecono jej zażywać dalej fosfor i w przeciągu kilku pierwszych miesięcy roku 1895 wyżyła 0,30 fosforu i 750 gr. *Olei jecor. Aselli*; razem w szpitalu i w domu wyżyła 0,90 fosforu i 2050 tranu. Od czasu wyjścia ze szpitala czuje się bardzo dobrze, chodzić może swobodnie i dość długo bez zmęczenia. Z końcem lipca 1896 roku zastąpiła; w październiku, bojąc się, by jej się cierpienie nie powróciło, zażywała w domu duże dawki fosforu przez trzy tygodnie, ponieważ jednak kości ją nie bolały, zaprzestała leczenia. Obecnie stwierdzić można, iż osoba ta jest w 9 tym miesiącu księżycowym ciąży, że chodzi bardzo dobrze, o ile jej znaczne zniekształcenie kośćca i brzuch obwisły na to pozwala, że obecnie kości przy ucisku nie są

bolesne i tylko kość krzyżowa i dziub, jaki tworzy spojenie łonowe, jest przy silnym ucisku tkliwy.

Przedstawiam te pacyentki w tym celu, aby naocznie pokazać, iż podawanie fosforu w rozmiękczeniu kości ma racyą bytu, jeżeli takie wyniki tym sposobem osiągnąć można, że cierpienie, które z reguły zawsze podczas ciąży się pogarsza, w naszym przypadku wcale się nie ujawniło. Przypadki te więc należałoby uważać za względnie wyleczone, a mówię względnie dlatego, że uważam rozmiękczenie kości za cierpienie przewłoczne, podobnie, jak kiła, gruźlica i inne, o których nigdy na pewne powiedzieć nie możemy, że po pewnym przeciągu czasu nie powrócą. Kończąc, mogę gorąco polecić podawanie fosforu w rozmiękczeniu kości z tem nadmienieniem, że stosować go należy bardzo długo, czasem przez rok i więcej z przerwami, podając stopniowo coraz większe dawki, które bywają nadspodziewanie dobrze przez chore znoszone.

2) Kol. Jordan przedstawia chorą z donoszoną ciążą zamaciczną.

W dniu 3 marca 1897 roku przyjęto do kliniki położniczej chorą K. G., lat 35, zamężną, izraelitkę, rodem z Zaradawy, która podaje, że regularność od 16 roku życia występowała prawidłowo, w r. 1882 wyszła za mąż, w r. 1886 rodziła prawidłowo. Od dłuższego czasu miewała białe upławy i lekkie bóle w krzyżach. Ostatnia regularność w roku 1896 d. 9 lutego. W trzy tygodnie po ostatnim peryodzie zasłabła bez żadnej przyczyny, dostała silnych bólów dolem brzucha, w dołku podsercowym i wymiotów tak, że była zmuszoną leżeć przez trzy dni. Po polepszeniu, utrzymującem się przez trzy tygodnie, znów wystąpiły te same objawy, trwające kilka dni. Od piątego do dziesiątego miesiąca księżycowego chora czuła ruchy płodu, które miały być jednak słabsze i mniej częste, niż w pierwszej ciąży. W ósmym miesiącu księżycowym wystąpiły silne bardzo bóle w krzyżach, rozpromieniające się ku udom, z przerwami mniej bolesnemi, powtarzające się przez pięć tygodni. W dziewiątym

miesiącu ciąży wystąpiło skąpe krwawienie, które powtórzyło się po raz drugi w dziesiątym miesiącu, było jednak znacznie obfitsze. Z postępem ciąży powiększał się odpowiednio brzuch, był jednak zawsze więcej wypuklony po stronie lewej. Kiedy minął termin spodziewanego porodu, chora zasięgała rady lekarzy, którzy kazali jej udać się do kliniki. W jedenastym miesiącu sutki zaczęły wiotczeć i zmniejszać się, brzuch począł maleć, aż do końca tego miesiąca, od którego to czasu zachował rozmiary obecne.

S t a n o b e c n y. Płuca, serce, mocz bez zmian. W sutkach gruczoły Montgomerego wyraźne, przy ucisku wydziela się pokarm Brzuch wypuklony przez guz, wychodzący z miednicy małej, kształtem i zbitością zdający się odpowiadać ciężarnej macicy, ściany jego jednakże są cienkie i mało jędrniejące. W dolnej części bezpośrednio nad pachwiną prawą i wzdłuż niej okazuje tumor konsystencyą odmienną, zbitą, w szerokości około 4 cm. i ta część jest od reszty tumoru oddzielona płaskim, łatwo wybadalnym rowkiem, skośnie przebiegającym. Tumor cały sięga do połowy odstępu między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem, i nie daje się poruszać. Obwód brzucha 89 cm. Wymiary od spojenia łonowego do pępka 21, do dna tumoru 32 cm. Na przedniej ścianie guza, dwa palce nad pępkiem, przebiega poprzecznie *colon transversum*, prawdopodobnie połączone z guzem zrostami. Po stronie prawej przy obmacywaniu daje się w tym tumorze wyczuć główkę, acz mało wyraźnie; innych części płodu wybadać nie można. Chełbotanie wszędzie wyraźne. Tonów płodu ani szmeru macicznego nie słychać. Miednica prawidłowa. Badanie wewnętrzne wykazuje nieznaczne zasinienie pochwy i sromu, część pochwową nieco ku prawej ścianie miednicy zbliżoną, krótką i dość twardą, z ujściem zewnętrznem drożnem dla palca; sklepienie szerokie. Przez sklepienie przednie czuje się ku stronie prawej jakby dalszy ciąg szyi, podczas gdy cała strona lewa wypełniona jest przez dolny odcinek powyższego tumoru. Zgłębnik daje się z łatwością wprowadzić i idzie po gładkiej ścianie ku przodowi i stronie prawej na 13 cm., koniec jego można dobrze

wyczuć nad pachwiną prawą, nieco poniżej wyżej wspomnianego rowka.

Z badania wynika, że trzon macicy jest zepchany z linii ciała środkowej ku prawej stronie aż do ściany miednicy, że macica jest wydłużona i próżna, ma ściany dość cienkie i jest w wymiarze swym poprzecznym mocno spłaszczona przez tumor wielki, nieruchomy, który przylega do lewego jej brzegu i przechodzi po nad jej dno. Uwzględniając nadto inne wyżej wymienione objawy i wywiady, przedstawia się przypadek jako ciąża zamaciczna, rozwinięta między blaszkami lewego więzadła szerokiego, z płodem donoszonym, poprzecznie położonym i prawdopodobnie od 4 miesięcy nieżywym.

Zastanawiając się nad postępowaniem leczniczem nadmienia kol. J., iż w tym przypadku nęci go myśl opróżnienia worka płodowego nie przez laparotomią, ale drogą pochwową, przez przecięcie tylnego sklepienia. Techniczne trudności zabiegu takiego nie byłyby prawdopodobnie nadmierne; dostęp bowiem do sklepienia jest łatwy, a wobec wyraźnego chełbotania w guzie, można się spodziewać, że wyszukanie nóżek płodu i obrót da się wykonać bez trudności i bez przerwania worka płodowego. Płód rozwijający się poza macicą nie bywa zazwyczaj wielkim, wydobycie jego w tym przypadku, ewentualnie przy pomocy wymóżdżenia, da się prawdopodobnie wykonać bez nadmiernego rozdarcia sklepienia. Dla chorej byłaby z zabiegu tego ta korzyść, że ochroniłoby się otrzewnę od możliwego zakażenia; przeciw zabiegowi zaś przemawia obawa krwotoku z rany sklepienia. Wobec tego *pro* i *contra*, kol. J. poddaje tę myśl pod dyskusyą kolegów.

W dyskusyi brali udział:

Kol. Obaliński przypuszcza, że jeśli guz nie jest zbyt duży, operacya przez pochwę jest korzystną. W tym przypadku jednak guz ma ogromne rozmiary, dziecko jest donoszone lub prawie donoszone, i operacya przez pochwę może natrafić na nieprzezwyciężone techniczne trudności, a specyalnie tamowanie krwotoku może być bardzo uciążliwe. Nie przeczy, że operując

przez pochwę unika się niektórych niebezpieczeństw, na jakie się naraża chorą, wykonywując u niej laparatomią. Jest jednak inna droga, która łączy w sobie zalety laparotomii, bo stwarza dobry przystęp, i zalety operacyi pochwowej, bo idąc nią, nie otwiera się otrzewny. Jest nią metoda Bardenheuera. Rozszerzając hakami ranę powstałą po cięciu Bardenheuera stwarza się dobry dostęp i zapanować można nad krwotokiem. Gdyby przytem otrzewna pękła, można ją zeszyć. Przypomina sobie jeden przypadek ciąży zamacicznej, w którym w podobny sposób operował z bardzo dobrym rezultatem.

Kol. Mars uważa przypadek, przedstawiony przez kol. Jordana, za bardzo ciekawy i niezmiernie trudny. Co do rozpoznania nie mógłby na podstawie swojego badania wykluczyć ciąży interstycyalnej, a nawet macicznej zwykłej z *missed labour*. Są tu niektóre objawy, które mu to podejrzenie nasuwają, a w pierwszym rzędzie brak osobnego wyraźnego ciała macicy i ścisły związek między częścią pochwową a guzem brzusznym. Nadto dalszego ciągu szyi nadpochwowej wybadać osobno nie można.

Co do sposobu operacyjnego, to decyzyą uważa za trudną. Dużo przemawia za tem, co mówi kol. Jordan, ale i wywodom kol. Obalińskiego przyznać musi pod wielu względami słuszność.

Pragnie specyalnie zwrócić uwagę na jedną okoliczność, to jest na przyrośnięcie *colon transversum*. Psuje ona rokowanie tego przypadku. Jeśli guz ten jest macicą, to po jej wypróżnieniu jelito uledz może zagięciu lub załamaniu, a w następstwie tego nawet nekrozie, macica zaś nie będzie mieć skłonności do silnych skurczów. Dalej jakakolwiek jest natura guza, należy się obawiać bardzo silnych zrostów, więc i jelit z guzem. Wobec tego kol. Mars zrobiłby jeszcze jedno przygotowanie t. j. rozszerzenie macicy. Miałoby to znaczenie rozpoznawcze, a gdyby się okazało, że jest cienka przegroda, oddzielająca jamę macicy od jamy guza, możnaby wówczas przegrodę tę naciąć i na tej drodze guz wypróżnić. Zyskiwałoby się to, że nie potrzebaby robić wielkiej rany.

Mimo to należałoby mieć wszystko w pogotowiu do laparotomii, którąby należało wykonać, gdyby groziło coś ze strony kiszki przyrośniętej.

Kol. Rosner. W kwestyi rozpoznania pragnąłby tylko zwrócić uwagę na to właśnie jelito grube, o którem wspomniał kol. Mars. Nie nabrał tego przekonania, jakoby to musiała być przyrośnięta do guza poprzecznica. Przypomina, że w przypadkach, w których duże guzy rozwijają się pozaotrzewnowo, a prof. Jordan taki właśnie rozwój ciąży zamacicznej w tym

przypadku rozpoznaje, przychodzi do rozłożenia blaszek *mesocolon* i *mesenterium* i do rozpięcia jelita grubego na guzie. Jeśli, jak tutaj, guz międzyblaszkowy rozwija się po lewej stronie, takiemu rozłożeniu ulegnie kreska jelita esowatego i zstępującego, które przy dalszym wzroście może zostać podniesionem ku górze. Okazuje rysunki schematyczne włókniaka pozaotrzewnowego, na którym jelito esowate przebiegało poprzecznie w dość znacznej wysokości.

Co do postępowania, to uważałby taki sposób za najodpowiedniejszy, któryby stwarzał dobry dostęp, ułatwiał rozpoznanie i zezwalał w danym razie na zupełne, doszczętne usunięcie guza, do tego bowiem celu zdążać winna radykalna operacya. Tą drogą jest tylko laparotomia.

Kol. Obaliński wątpi, czy w tym przypadku worek da się usunąć, sądzi nawet, że o tem mowy być nie może. Uznaje zalety i wyższość laparotomii nad innemi metodami, jednak zwraca uwagę na to, że postępowanie jego wcale laparotomii nie wyklucza. Tak, jak przy metodzie Bardenheuera otworzyć się może przypadkowo otrzewna, tak samo można umyślnie ją otworzyć. Opowiada w końcu przypadek, w którym na drodze pozaotrzewnowej usunął 3 miesięczną zropiałą ciążę zamaciczną. Co się tyczy kwestyi jelita, to stanowczo utrzymuje, że jest niem poprzecznica do guza przyrośnięta. Wreszcie przeczy, jakoby drogą pozaotrzewnową Bardenheuera nie można było worka wydobyć, bo jeśli rozwój guza jest pozaotrzewnowy to, właśnie droga, przez kol. Obalińskiego proponowana, jest najodpowiedniejsza. Dostęp można stworzyć dowolnie wielki, przedłużając cięcie operacyjne.

Kol. Jordan trwa przy swojem rozpoznaniu, które motywuje. Zabiegi, mające na celu ułatwienie rozpoznania, uważa za zbyteczne, gdyż nie ulega wątpliwości, że w przypadku tym jest ciąża nieprawidłowo umiejscowiona i międzyblaszkowo rozwinięta. Specyalnie rozcięcie szyi uważałby za niebezpieczne, gdyż w obec zmienionych stosunków topograficznych możnaby spotkać się z tętnicą maciczną lub moczowodem, nawet gdyby się pierwej za tępo rozszerzyło szyję.

Co do macicy, to jest ona trudno wybadalna raz dlatego, że jest przez międzyblaszkowo rozwijający się guz zupełnie na bok usunięta, a powtóre dlatego, że ściany jej, jak to wykazał zgłębnik, są cienkie. Ta cienkość nie przemawia bynajmniej przeciw rozpoznaniu ciąży zamacicznej, gdyż macica uległa już w tym przypadku połogowej inwolucyi. Jeśli mimo to zgłębnik wchodzi głęboko, to dlatego, że inwolucya ta odnosi się do masy ale nie do rozmiarów macicy, która przytwierdzona niejako do

guza, zmniejszyć się nie mogła. Dlatego wynikiem inwolucyi jest tu w pierwszym rzędzie cienkość ścian.

W końcu, co do jelita, to nie mógłby wykluczyć, że jest niem *colon descendens*, na guzie rozpięty.

Kol. Świtalski uważa jelito za przyrośniętą poprzecznicę, gdyż można wykazać jej bezpośrednie przejście w *colon ascendens*. Co do zabiegu operacyjnego, zgadza się z kol. Rosnerem i uważa laparotomią za zabieg wskazany. Naturalnie, że wobec guzów ropiejących lepiejby było iść pozaotrzewnowo celem uniknięcia zakażenia otrzewny. Ale w tym przypadku obawiać się należy w pierwszym rzędzie nie zakażenia, tylko krwotoku. Zapanuje się nad nim najlepiej, stworzywszy sobie należyty dostęp od strony jamy brzusznej, jakiego metoda Bardenheuera dać nie może. Operując przez laparotomią, nietylko można zapanować nad krwotokiem, ale nawet zapobiedz mu, idąc za radą Olshausena i podwiązując zapobiegawczo tętnice. Wyjęcie worka powinno być celem operacyi; gdyby się okazało niemożliwem, można brzegi jego wszyć w powłoki i przeprowadzać dalej leczenie, mające na celu zrośnięcie jamy bez obawy zakażenia otrzewny.

Przypisek redakcyi: *Kol. Jordan był łaskaw przesłać nam dla użytku czytelników, którychby mógł interesować ten niezmiernie zajmujący przypadek, opis zabiegu operacyjnego, wykonanego w kilka dni po posiedzeniu, i dalszego losu pacyentki.*

Operacya. Cięcie skórne w *linea alba*, 2 palce powyżej pępka, a kończące się 3 palce nad spojeniem łonowem. Po przecięciu powłok znaleziono guz wyżej opisany, pokryty siecią, przyczepioną do ściany jego. Na przodzie guza w wysokości pępka przebiega jelito grube, zrostami z guzem połączone. Bliższe badanie wykazuje, że guz ten, tu i ówdzie pozrastany z otoczeniem, jest pokryty w całości otrzewną i znajduje się między blaszkami więzadła szerokiego lewego. Macica z guzem zlewa się w jednę całość i jest zepchnięta mocno ku stronie prawej. Części dodatkowych po stronie prawej wybadać nie można. Po rozpatrzeniu się w topografii przystąpiono do oddzielenia sieci, której części podwiązano i odcięto. Następnie próbowano wyłuszczyć guz z pomiędzy blaszek otrzewnowych, związek jego jednak z blaszką otrzewny był tak silny, że musiano od tego odstąpić. Cięciem podłużnem długiem na kilkanaście centymetrów przecięto następnie samą ścianę guza, poczem zaczęły się wydobywać dość duże ilości wód płodowych brudnych, a w ranie ukazał się płód obumarły, który szybko wydobyto, pociągając za nóżki. Wydobycie łożyska poszło łatwo, przyczem krwawienia żadnego nie było. W czasie wydobywania główki naddarł się brzeg otworu we worku płodowym

od dołu i od góry, a otrzewna pokrywająca jelito grube, przyrośnięte do guza, pękła w 2 miejscach. Macica dała się teraz wybadać bardzo dokładnie, po prawej stronie tumoru, powiększona, stojąca w ścisłym związku ze ścianą tumoru. Jajnik i trąbka prawa zachowują się prawidłowo. Po stronie lewej jajnika wybadać nie można. Po wydaleniu płodu oczyszczono dokładnie jamę tumoru, pomniejszono otwór doń prowadzący kilku szwami, zeszyto naddartą otrzewnę jelita grubego i wszyto brzegi worka płodowego w dolny brzeg rany brzusznej, a do jamy wprowadzono kilka setonów z gazy sterylizowanej.

Opis płodu: Płód płci żeńskiej, cięż. 2400 gr., długość 46 cm., w stanie silnej maceracyi, nikły, główka skręcona na karku, koło osi pionowej ku stronie lewej tak, że twarz zwrócona jest zupełnie ku tyłowi; główka po odkręceniu wraca w swe dawne miejsce (położenie przymusowe *Zwangslage*) rączki i nóżki pozginane w stawach, jak w ułożeniu prawidłowem płodu, tylko stópki w silnem grzbietowem zgięciu i rotacyi na zewnątrz w stawie skokowym. Brzuch zapadnięty. Przyskórek z większej części ciała zeszedł, również brak prawie połowy włosów na główce. Kości główki twarde, kość ciemieniowa lewa zachodzi na prawą, ta ostatnia w tylnej części blisko szwu potylicowego posiada wklęśnięcie równoległe do szwu. Wogóle cała tylna część czaszki spłaszczona, klinowata. Obwód główki w wymiarze przodowo-tylnym 34 cm. Łożysko waży 460 gr.

Stan pacyentki przez pierwsze dni po operacyi dobry, bezgorączkowy. Szóstego dnia po operacyi przy ciepłocie prawidłowej, wydobyto z jamy wszystkie setony, przesiąknięte mierną ilością wydzieliny niecuchnącej, oczyszczono jamę wacikami i założono świeży seton gazy, który następnie co kilka dni zmieniano. 10-go dnia po operacyi przy ciepłocie prawidłowej nastąpiło bez widocznej przyczyny (prawdopodobnie wskutek zmian w mięśniu sercowym [*myocarditis*]) bardzo znaczne przyśpieszenie tętna, bo około 200 uderzeń na minutę, przy zupełnie zresztą dobrym stanie ogólnym, chora tylko czuła się osłabioną. Przyśpieszenie to tętna utrzymywało się, pomimo podawania środków nasercowych, przez dni 2, poczem powoli tętno stało się prawidłowe i dalszy przebieg nie został niczem zaburzony. Jama bardzo powoli się pomniejszała (przyczem oddzielała się dość znaczna ilość strzępów nekrotycznych) tak, że można było chorą wypuścić z kliniki dopiero w 2 $^1/_2$ miesiące z przetoką wązką, około 5 cm. długą. Badanie wewnętrzne, dokonane w dniu wyjścia, wykazuje macicę ku przodowi nachyloną i nieco większą, a obok niej od tyłu i po stronie lewej dość dużą wypocinę tkliwą.

## LXXXVI. Posiedzenie z dnia 13 kwietnia 1897.

Przewodniczący kol. Jordan, później kol. Mars, sekretarz kol. Rosner.

Jako goście koll.: Ackermann, Czerny, Eliasiewicz, Kosiński, Masłowski, Sochacki, Staniszewski i Zakrzewski, wszyscy z Krakowa.

1) Kol. Braun zawiadamia, że rocznik za rok 1896 opuścił już prasę.

2) Z porządku dziennego kol. Rosner przedstawia ciężarną po symfyzyotomii.

J. H., dziewczyna lat około 30, jest obecnie po raz drugi w ciąży. Pierwszy raz rodziła w grudniu 1894 roku. Z powodu wielkiego niestosunku porodowego, który miał swoje źródło głównie w ogólnem, znacznem ścieśnieniu miednicy, wykonano u niej w klinice przecięcie spojenia łonowego, poczem kleszczami urodzono płód donoszony, żywy. Przebieg pooperacyjny pozostawiał wiele do życzenia. Pacyentka leżała przez 5 miesięcy i była bardzo ciężko chorą w pierwszych tygodniach po operacyi. Przyczyną tego było ropienie w spojeniu łonowem. Ostatecznie jednak wyszła zdrową, i odtąd oddaje się ciężkiej pracy, nie doznając żadnych dolegliwości.

Ostatni raz miesiączkowała pod koniec września 1896, od miesiąca zaś czuje ruchy płodowe. Jest zupełnie zdrową, a zgłosiła się do mnie tylko dlatego, ponieważ boi się porodu i chciałaby zawczasu zasięgnąć porady. Badanie wykazuje przedewszystkiem, że pacyentka jest w VII mies. ks. ciąży. Badając miednicę od zewnątrz, przekonać się można, że brzegi spojenia łonowego odstają od siebie o 2 cm. Pomiędzy te brzegi można wygodnie włożyć palec. Wymiary zewnętrzne wynoszą $22\frac{1}{2}$ (spiralis), $25\frac{1}{2}$ (cristalis), $16\frac{1}{2}$ (externa).

Jeżeli pacyentka, stojąc, podnosi naprzemian jednę i drugą nogę, można łatwo stwierdzić ruchomość w spojeniu łonowem.

Badanie wewnętrznej powierzchni spojenia łonowego od pochwy daje wynik zgoła nie spodziewany. Oto nie ma żadnego rozstępu spojenia, a brzegi kości łonowych zdają się zupełnie prawidłowo do siebie przylegać. Ten wynik badania przemawia za tem, że szeroko, bo na 2 cm od siebie odstające brzegi kości łonowych, połączone są ze sobą bardzo twardą blizną, która wytworzyła się przeważnie w głębi spojenia tak, że nie wypełnia rozstępu w całej jego głębokości. Z powodu znacznego nachylenia miednicy, mierzenie wymiaru przekątnego natrafia na trudności. Wynosi on mniej więcej $9^1/_2$ cm.

Przedstawiam tę pacyentkę nietylko dlatego, że zejście po symfyzyotomii przedstawia się u niej niezwykle, ale przedewszystkiem dlatego, że chciałbym usłyszeć zdanie Panów Kolegów co do postępowania w tym przypadku.

Kilku Kolegów przedsiębierze badanie.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Braun. Przypadek, dopiero co przedstawiony, jest rzeczywiście bardzo interesujący. W nowszej, odnośnej literaturze francuskiej przeprowadzono dyskusyą na temat pytania, czy u osób, które raz symfyzyotomią przebyły, należy podczas następnego porodu ją powtórzyć, czyli też zachować się wyczekująco. Przeważna ilość autorów zgadza się na ten drugi sposób postępowania. W razie potrzeby radzą oni zastosować podczas porodu, wedle potrzeby, jeden ze zabiegów rozwiązujących, co nie zawsze zresztą bywa potrzebne, gdyż pacyentki te często same rodzą.

Odnośnie do tego przypadku rozstrzygające są nie wymiary, ale różnica między tymi, jakie teraz są, a jakie były przy pierwszym porodzie. Należy się spodziewać, że wobec wyraźnego rozstępu, wymiary te są większe, i dlatego możnaby w tym przypadku zachowywać się wyczekująco.

Kol. Kośmiński. Na wywody kol. Brauna możnaby się zgodzić, ale z pewnem zastrzeżeniem. U tej chorej nie należałoby podczas porodu stosować kleszczy, lub ekstrakcyi za nóżki, gdyż blizna mogłaby pęknąć. Wiemy przecież, że i prawidłowe spojenia przy zabiegach tych czasem się rozstępują. Sądzę, że dla tej chorej najlepiej będzie wzniecić poród przedwczesny, mniej więcej na 4 tygodnie przed terminem.

Kol. Switalski popiera zapatrywania poprzedniego mowcy. Sądzi, że wszelkie inne postępowanie jest dla niej mniej korzystne.

Kol. Jordan. Gdyby chora ta zgłosiła się do nas podczas porodu, to, jak słusznie zauważył kol. Kośmiński, trzebaby być bardzo ostrożnym z tego rodzaju zabiegami, jak kleszcze lub ekstrakcya. Symfyzyotomia nie byłaby zapewne zbyt trudną, ale jej rokowanie co do ostatecznego wyniku, a w pierwszym rzędzie co do późniejszej zdolności do pracy, byłoby problematyczne. Przecinając bliznę, nie moglibyśmy liczyć na to, że powstanie drugi raz blizna równie silna. Natomiast możnaby tu myśleć o modyfikacyi symfyzyotomii, podanej przez Franka z Kolonii. Należałoby, przed utworzeniem płatków kostnych, wyciąć dokładnie bliznę. Po zabiegu tym możnaby się spodziewać nietylko dobrego wyniku co do zdolności do pracy, ale także trwałego powiększenia wymiarów miednicy.

Nawet, gdybym miał do wyboru przedwczesne przerwanie ciąży, a czekanie do normalnego terminu i wykonanie operacyi Franka, wybrałbym to drugie, gdyby zależało bardzo na utrzymaniu życia dziecka. Poleciłbym tylko metodę Prochownika, ażeby choć w części zmniejszyć niestosunek porodowy. Zważywszy jednak, że w tym przypadku chodzi w pierwszym rzędzie o zdrowie matki i jej zdolność do zarobkowania, przychyliłbym się do zdania tych kolegów, którzy przemawiali za przedwczesnem przerwaniem ciąży.

Kol. Rosner niewiele ma do tej dyskusyi do dorzucenia. Chciałby tylko zwrócić uwagę na to, że pierwsze dziecko tej osoby było bardzo dobrze rozwinięte i ważyło 3500 gr. Ponieważ, wedle podania chorej, jedno i drugie dziecko ma tego samego ojca, więc należy się obawiać, że obecnie płód jeszcze silniej będzie rozwinięty. Czy wobec znacznego ogólnego ścieśnienia miednicy i spodziewanego silnego rozwoju płodu, poród, na cztery tygodnie przed normalnym terminem wywołany, odbędzie się prawidłowo, należy wątpić. Dlatego zgadzając się w zupełności na wywody poprzednich mowców, przemawiałby i on za przedwczesnem przerwaniem ciąży, jednak proponowałby zabieg ten wykonać wcześniej, może około 33-go tygodnia.

Gdyby pacyentka zgłosiła się dopiero pod koniec ciąży możnaby, wedle propozycyi kol. Jordana, wykonać u niej zabieg Franka, lub cięcie cesarskie. W żadnym razie zwykła symfyzyotomia nie byłaby wskazana z powodów, które wyłuszczył prof. Jordan.

3) Kol. Jordan: Osteomalacya u ciężarnej.

Chora, lat 40 licząca, rodziła trzy razy prawidłowo, ostatni raz przed 2-ma laty. Karmiła po ostatnim porodzie

przez rok. W miesiąc po porodzie wystąpiły bóle w kościach miednicy, które coraz więcej się wzmagały tak, że chora od jesieni zeszłego roku chodzić nie może. Miednica okazuje wszystkie cechy miednicy osteomalatycznej tak znacznie ścieśnionej, że wykluczam tu możliwość, aby w późniejszych miesiącach ciąży mógł się odbyć poród *per vias naturales.*

Przedstawiam Panom ten przypadek dlatego, aby wywołać dyskusyą co do postępowania w danym przypadku, które może być rozmaite. Albo możnaby teraz przerwać ciążę, gdyż płód jest jeszcze tak mały, że mógłby przejść przez ścieśnioną miednicę, a potem leczyć osteomalacyą, albo też wyczekać końca ciąży i wtenczas wykonać cięcie cesarskie metodą Porry. W czasie wyczekiwania możnaby podawać fosfor.

Przerwaniu ciąży obecnie byłbym przeciwnym. Niemożność dokładnego oczyszczenia pochwy, bardzo trudny dostęp do szyjki z powodu wysokiego jej ustawienia i znacznego ścieśnienia miednicy utrudniałyby zastosowanie jednego z pewnych sposobów przerwania ciąży, z drugiej zaś strony, gdyby zaszła potrzeba wykonania jakiegoś zabiegu podczas porodu (n. p. wydobycia łożyska), to tenby się dokonać nie dał z powodu niemożności wprowadzenia ręki i narzędzi.

Mojem więc zdaniem lepiej jest czekać do końca ciąży i wtenczas wykonać zabieg, który będzie dla chorej równocześnie środkiem leczniczym.

Co do stosowania fosforu w ciąży, to pod tym względem nie mam własnego doświadczenia. Trzeba jednak przy podawaniu fosforu uwzględnić możliwość szkodliwego wpływu na organizm matki i rozwijającego się płodu. Wiadomo Panom, że w ostatnich czasach coraz częściej zwracają uwagę na zmiany, występujące w wątrobie podczas ciąży, a wiemy, że fosfor dla komórek wątrobowych nie jest obojętnym, więc stosowałbym go tylko w bardzo małych dawkach, obserwując dokładnie pacyentkę.

W dyskusyi przemawiali:

Kol. Rosner: Uwagi prof. Jordana co do udziału wątroby w autointoksykacyi ustroju ciężarnej i wysnute z tego wnioski, odnoszące się do leczenia fosforem, są niezmiernie trafne. Jeżeli się uwzględni to, że wątroba w ciąży bardzo często bywa zmieniona, że bez zatrucia fosforem okazuje czasem daleko idące stłuszczenie, to rzeczywiście zgodzić się każdy musi na to, że leczenie fosforem powinno być w ciąży ostrożnie przeprowadzanem. Co do płodów, to wykazał Igacushi Moritzi Miura, że fosfor przechodzi przez krążenie łożyskowe i wywołuje zatrucie płodu.

Kol. Kośmiński: Zgadzam się zupełnie z wywodami prelegenta, że u chorej tej nie pozostaje nic innego, jak wykonać cięcie cesarskie pod koniec ciąży. Zachodzi tylko pytanie, czy aż do tego czasu należy czekać bezczynnie? Kiedy pacyentka ta leżała na oddziale I-szym, byłem do niej wzywany w styczniu i poleciłem fosfor w bardzo małych dawkach. Tych dawek później nie powiększałem. Teraz, mimo ciąży, zauważyć u niej można niewątpliwą poprawę. Dlatego radziłbym to leczenie prowadzić dalej. Co do pytania, poruszonego przez prof. Jordana, jak ciężarne i płody znoszą duże dawki fosforu, to, choć o tem nigdzie nie czytałem, przecież przypadkowo sam miałem sposobność obserwowania tego działania na jednej z moich pacyentek.

Była to osoba, którą w szpitalu dłuższy czas leczyłem fosforem i która doszła w tem leczeniu do dość dużych dawek. Po wyjściu ze szpitala doniosła mi, że stan jej znowu się pogorszył, nie wspomniała jednak ani słowem o tem, że jest w ciąży. Na odległość zaordynowałem fosfor 0·025 na 50 po 3 łyżeczki dziennie, a gdy to nie pomagało, 0·035 na 50. Takie a nawet dwa razy większe dawki brała ona podczas ciąży. Mimo to i ona i dziecko, które wydobyliśmy przez cięcie cesarskie, są zupełnie zdrowe.

(Kol. Jordan: Ona była już do fosforu przyzwyczajona).

Nie przesądzam, czy u innych kobiet w ciąży fosfor byłby równie dobrze znoszony, owszem jestem skłonny do przypuszczenia, że osoby dotknięte rozmiękczeniem kości, środek ten lepiej znoszą.

Kol. Rosner zapytuje, czy osobie tej, która rzeczywiście skazaną jest na dłuższe bezczynne czekanie, nie możnaby podawać przetworów jajnikowych. Z ustnej rozmowy z jednym z kolegów, który dopiero co powrócił z kliniki berlińskiej Gerharda, wie, że próby leczenia tym środkiem chorych osteomalatycznych są tam prowadzone z dobrym skutkiem. Ilość wydzie-

lanych soli wapniowych zmniejsza się, co wobec znacznego zapotrzebowania tych soli właśnie w ciąży nie jest bez znaczenia.

Kol. Jordan myślał i o tym sposobie leczenia, choć *a priori* leczenie to wydaje mu się dziwne, skoro właśnie usunięcie jajników jest środkiem leczniczym w osteomalacyi.

Kol. Kośmiński. O ile mi wiadomo, prof. Korczyński próbował w swojej klinice leczyć rozmiękczenie kości przetworami jajnikowymi, pacyentki jednak nie okazywały poprawy.

Kol. Świtalski. W przypadkach prof. Korczyńskiego, które miałem sposobność badać, następowała poprawa, choć rzeczywiście ogólne wyniki leczenia tą metodą nie zdają się być zbyt zachęcającymi. Zwracam jednak uwagę na to, że używano różnych przetworów. Skutek leczniczy zawisł prawdopodobnie od sposobu sporządzania przetworu.

Kol. Rosner. Ostatnia uwaga kol. Świtalskiego jest zupełnie słuszna i odnosi się prawdopodobnie do wszystkich przetworów, używanych do t. zw. organoterapii. Prof. Cybulski stwierdził w swojej pracowni, że pastylki, robione z nadnercza, znajdujące się w handlu, nie okazują najmniejszego działania, podczas gdy wyciągi z nadnercza działają nadzwyczajnie silnie. Cybulski przyszedł do przekonania, że przetwory tracą wszelką moc przez zasuszenie. Zachodzi pytanie, czy to samo nie odnosi się do preparatów jajnikowych.

Kol. Mars zgadza się w zupełności z kol. Jordanem co do sposobu postępowania. W przypadkach osteomalacyi tam tylko radziłby przerywać ciążę, gdzie możliwem jest technicznie wypróżnienie macicy instrumentalne. Wobec tego, że w tym przypadku jest to rzeczywiście nie możebnem, radzi czekać.

Co się tyczy leczenia fosforem, to uważa zdanie kol. Jordana, dotyczące analogii zatrucia tym lekiem z ostrym zanikiem wątroby, za nadzwyczaj słuszne. Rzecz jednak jest zawiła i jeśli, co prawdopodobne, w tem ostatniem cierpieniu chodzi o zatrucie toksynami pasorzytów, to, jak wiadomo, toksyny te w większej ilości nagromadzone, stają się zabójczemi dla samychże bakteryj, z których powstały. Fosfor mógłby ostatecznie działać podobnie jak toksyny, a więc trująco, ale poniekąd i leczniczo.

4) Kol. Mars: *Koeliotomia vaginalis* (z przedstawieniem chorej i preparatu anatomicznego).

Osoba, którą Panom Kolegom przedstawiam, rodziła dwa razy prawidłowo, ostatni raz przed 5-ciu laty. Miesiączkować poczęła w 14-tym roku życia, poczem miesiączka powracała w regularnych 4 tygodniowych odstępach, ale bardzo

obfita, 8 dni trwająca. Od dwu lat pojawia się miesiączka coraz częściej i trwa dłużej; przed rokiem, bez wiadomej przyczyny, dostała krwotoku, wśród którego liczne odchodziły skrzepy. Obecnie żali się na dolegliwości i bóle w podbrzuszu i na dokuczliwe bóle w krzyżach, już od 3 lat trwające, parcie na mocz i na białe upławy.

Badanie przedmiotowe, odnośnie do stanu ogólnego, prócz niedokrewności, nie wykazuje nic szczególnego. Badanie brzucha daje wynik ujemny. Pochwa szeroka, część pochwowa w osi miednicy, dalszy ciąg macicy, nieco zbitszej, wybadać można w przedniem sklepieniu.

Badaniem zestawionem wykazać można, że macica w ciele z przodu w tył nieco grubsza, jest zresztą rozmiarów prawidłowych. Od prawego rogu macicy odchodzi postronkowate ciało, które łukowato zakręca się ku tyłowi ku zatoce krzyżowo-biodrowej prawej i zstępuje do zatoki Douglasa. Ciało to w pobliżu rogu macicy ma grubość zwykłego ołówka, w dalszym przebiegu grubieje i przechodzi w kolbowato zaokrąglone zgrubienie, którego dolny odcinek przylega do bocznej prawej i tylnej ściany macicy, na wysokości mniej więcej części nadpochwowej jej szyi. Ciało to w całości niebolesne, w kolbowatem zgrubieniu elastyczne, wśród badania zestawionego robi wrażenie ciała torbielowatego, przyczem część jego zewnętrzna zdaje się być nieco zbitszą, podczas gdy części bliżej macicy położone, więcej elestyczne. Wielkość całego guza odpowiada pięści donoszonego noworodka, Jajnik lewy nieco większy, zresztą części dodatkowe po stronie lewej prawidłowe. Badanie wziernikowe nic osobliwszego nie wykazuje. W celu dokładniejszego zbadania podjęto takowe powtórnie w uśpieniu chloroformowem; wśród tegoż można było stwierdzić, że opisane ciało jest nieco tylko ruchome z boku na bok, mniej zaś w kierunku z dołu do góry i na odwrót. Co dotyczy postaci tego ciała, to postronek od rogu macicy odchodzący przebiega w skrętach korkociągowatych ku dołowi po opisanem kolbowatem zgrubieniu i gubi się wreszcie w jego dolnym odcinku. Kolbowate zgrubienie okazuje jakoby niewyraźny podłużny, z góry na dół przebie-

gający rowek, który je dzieli na dwie części: na część zewnętrzną zbitszą, do ciągłości opisanego postronka należącą, a nadto na część guza torbielowatą, bliżej macicy położoną.

Na podstawie tego badania, uwzględniając wywiady, rozpoznano torbiel jajnikowy i postanowiono go przez pochwę usunąć po otwarciu przedniego sklepienia.

Dnia 16 marca b. r. przystąpiono do zabiegu operacyjnego.

Typowo otwarto sklepienie przednie, usunięto pęcherz moczowy ku górze i otwarto jamę otrzewnową. Po przesunięciu części pochwowej ku wygięciu kości krzyżowej, dało się wysunąć do pochwy ciało macicy bez żadnych trudności. Chcąc je jednak wydobyć tak, aby części dodatkowe były łatwo dostępne, czuć się dał od strony prawej opór, który pociągania dalszego nie dozwalał. Badając częścią palcem, częścią zaś po odsłonięciu rozwieraczem Simona, przekonano się, że rozpoznanie było słuszne; od rogu macicy odchodziła zgrubiała trąbka, twardsza, pokręcona, a obok niej jajnik torbielowato-zwyrodniały, dolnym ograniczeniem do tylnej bocznej ściany macicy przyrośnięty. Na tępo odłuszczono jajnik od ściany macicy, stosunki się jednak przez to nie ułożyły korzystniej, gdyż tak teraz, jako też i poprzód trzecia część opisywanego guza pozostawała w głębi jamy brzucha, tylko dla palca badającego przystępna. Usunięcie części zchorzałych napotkało na trudności, bo aczkolwiek były one w znacznej części widoczne tak, że już niewiele brakowało, aby je na zewnątrz wysunąć, to przecież wydawały się tak kruche, że lada silniejsze pociąganie mogło sprowadzić przerwanie, a założenie podwiązki po za częściami zwyrodniałemi w danem ich położeniu, zdało się być niemożebnem. Próbowano palcami od wewnątrz guz wynurzyć, to się jednak nie udawało, a natomiast wśród tych usiłowań naddarła się trąbka poprzecznie w odległości 3 centymetrów od rogu macicy. Wobec tego podwiązano trąbkę tuż przy samym rogu, odcięto jej koniec wewnętrzny, podsunięto wygięte szczypczyki pod guz cały i tym sposobem ujęto więzadło. Postępując dalej w części na ciemno pod kontrolą

palców założono podwiązkę poza szczypczyki i guz usunięto. Po odprowadzeniu macicy do jamy brzucha, dalszy przebieg operacyi odbył się typowo; zaszyto otrzewną, a potem ranę pochwową.

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, chora w 14 dni zdrowa opuściła nasz oddział, a dzisiaj przedstawia się jako ambulantka.

Preparat uzyskany, który Panom Kolegom przedkładam, składa się z dwóch części, a mianowicie z małego kawałka trąbki, który stanowi jej część, wśród operacyi oderwaną, a nadto z guza większego. W guzie większym widzicie Panowie ten grubiejący postronek i dochodzący do grubości małego palca, jest to dalszy ciąg trąbki o ścianach bardzo znacznie zgrubiałych. Na przekroju światło przewodu trąbkowego nie okazuje znaczniejszego rozszerzenia, tylko ściany zbite, twarde, białawe. Badanie drobnowidowe wykazuje *salpingitis interstitialis*. Obok trąbki leży torbiel jajnikowy, na którym widzicie Panowie jeszcze reszty utkania jajnikowego.

Przypadek ten przedstawiam Panom, albowiem wyznać muszę, zniechęcił mnie do zabiegu, podejmowanego, mimo korzystnego, jak Panowie widzicie, przebiegu dla chorej.

Zastanawiając się nad tym przypadkiem, muszę zaznaczyć, że dwa momenty wśród zabiegu operacyjnego były bardzo przykre. Pierwszy, gdy części do usunięcia przeznaczone, nie dawały się należycie ściągnąć i pole operacyjne odsłonić, i czuć można było, że pociąganie musi sprowadzić przerwanie kruchych tkanin, a podwiązanie więzu szerokiego i *ligamentum infundibulo-pelvicum* się nie udawało. Wprawdzie ostatecznie podwiązkę założono, ale z tem przeświadczeniem, że udało się to tylko przypadkowo, że w drugim nieco odmiennym przypadku, byłoby to niewykonalne. Uczucie bezsilności i brak należytego przeglądu pola operacyjnego, wywarły na mnie wpływ przygnębiający. Drugim momentem była chwila, gdy po założeniu podwiązki poza szczypczykami, podwiązane części ku jamie brzusznej się uniosły i z pod kontroli się usunęły. Muszę wyznać, że nim przystąpiłem do zaszycia otrzewny i pochwy, z niepokojem wyczekiwałem

czas jakiś, czy się krwawienie nie pojawi, czy nie będę zmuszony, w celu podwiązania krwawiącego naczynia przystąpić do laparotomii, nie miałem bowiem zaufania do założonej podwiązki. Co więcej, po dokonanej operacyi byłem w obawie o krwotok następowy.

Mimo, że przebieg pooperacyjny w omawianym przypadku nie pozostawiał nic do życzenia, postanowiłem sobie jednak, że tylko wybrane przypadki operować będę tą drogą, a mianowicie: gdy guz będzie dobrze ruchomy i nie będę miał podejrzenia, że istnieją zrosty między guzem a częściami sąsiedniemi, gdy nabiorę podczas badania przeświadczenia, że guz podczas zabiegu albo w całości albo zmniejszony da się na zewnątrz obok macicy wyprowadzić, abym mógł pole operacyjne przejrzeć i na pewno wśród zabiegu operacyjnego postępować.

Operowanie w głębi jam na ciemno jest tylko tam możliwe, gdzie stosunki anatomiczne są należycie znane, lub tam, gdzie w toku operacyi możemy części, których zabieg operacyjny dotyczy, z głębi na zewnątrz wyłonić. Zboczenia w częściach dodatkowych macicy przedstawiają tak różnorodne obrazy chorobowe, stosunki anatomiczne bywają tak powikłane, a badanie nasze, które może wystarczyć do rozpoznania, nie poucza nas dostatecznie albo wręcz za mało o stosunkach anatomicznych, których znajomość do dokonania zabiegu operacyjnego jest potrzebna. Wobec tego, mimo że *koeliotomia vaginalis* pod innymi względami przedstawia bardzo wiele korzyści, to tylko w niektórych bardzo korzystnych przypadkach powinna być wykonywaną.

W dyskusyi przemawiali:

Kol. R o s n e r. Zabieg, o którym mowa, miałem sposobność wykonać raz w klinice. Usunąłem wówczas na drodze pochwowej zmieniony i mało ruchomy jajnik. Na podstawie tego przypadku i kilku innych, które miałem sposobność widzieć w klinikach zagranicznych, potwierdzam w zupełności zdanie kolegi Marsa, że zabieg ten może być bardzo trudnym. Już samo wytoczenie macicy do pochwy w niektórych przypadkach bywa bardzo trudne i czasem zawodzą pętle Dührssenowskie, kugel-

zangi i haczyk ostry. Wykonywując niedawno operacyę Bode-Wertheima miałem sposobność walczyć z temi trudnościami. — W przypadku tym haczyk ostry skaleczył w czterech miejscach jelito tak, że musiałem wykonać szew jelitowy. Nie wpłynęło to, na szczęście, na przebieg pooperacyjny. Samo wydobycie części dodatkowych może niekiedy sprawiać wielkie trudności i wprost podziwiam odwagę operatora, który na tej drodze usuwa ciążę zamaciczną i naraża pacyentki na krwotoki, niezmiernie trudne do zatamowania. Z dotychczasowej kazuistyki nabraliśmy już przekonania, że tą drogą dostać się można do części dodatkowych; zachodzi tylko pytanie, czy trzeba tę właśnie drogę wybierać.

Kol. Braun. Kwestya wskazania do tego zabiegu da się rozstrzygnąć tylko na podstawie wielkiego materyału. Sądzę, że zabieg ten można śmiało przedsiębrać w tych przypadkach, w których guz jest zupełnie niezrośnięty z otoczeniem, (Kolega Obaliński: A czy da się to przedtem na pewne rozstrzygnąć?) dobrze uszypułowany i nie większy niż kurze jaje.

Kol. Świtalski: Na podstawie klinicznych obserwacyi przyszedłem również do przekonania, że operacya ta może być technicznie bardzo trudną. Przecież wiemy, że i podczas ekstyrpacyi macicy przez pochwę wyjęcie doszczętne jajników może być bardzo trudne tak, że trzeba do tego dopiero specyalnych kleszczyków n. p. Doyenowskich. Operowanie tą drogą ciąży zamacicznej, wymaga rzeczywiście odwagi. Niedawno operowaliśmy w dwóch przypadkach 2 miesięcznej ciąży zamacicznej *per abdomen*, a przecież, mimo doskonałego dostępu, operacye nie były łatwe. W tych przypadkach droga pochwowa nie byłaby doprowadziła do pożądanego celu.

Kol. Kośmiński. Wyjmowanie guzów drogą pochwową jest rzeczywiście czasem bardzo trudne, sądzę jednak, że sposobem tym będzie się można posługiwać do celów rozpoznawczych.

Kol. Mars. Zdaje mi się, że nie wielkość guza jest tu decydującą, bo i większe od kurzego jaja torbiele jajnikowe wyjmowano tą drogą po wypuszczeniu płynu, ale zrosty, utrudniające poruszalność guza, które nie zawsze przedtem rozpoznać można.

## LXXXVII. Posiedzenie z dnia 4 maja 1897.

Przewodniczący: kol. Mars, sekretarz kol. Rosner.

Jako goście koll.: Katyński z Biecza, Ackermann, Czerny, Eliasiewicz, Kosiński, Kryński z Krakowa, Piątowski z Radomia.

Kol. Przewodniczący wita obecnych na posiedzeniu gości.

1) Protokół odczytano i przyjęto.

2) Kol. Kośmiński zawiadamia, że Wydział Towarz. uznał wobec niedoboru kasowego za właściwe odwołać się do ofiarności członków czynnych Towarzystwa. Wynik subskrypcyi jest bardzo dobry. Kol. skarbnik przedkłada do przejrzenia listę dotychczasowych składek i wyraża przekonanie, że odtąd wkładki roczne wystarczą do pokrycia rocznych wydatków.

Kol. Rosner, jako sekretarz naukowy obawia się, że wydatek na rocznik Towarzystwa w roku bieżącym a prawdopodobnie i w następnych będzie znacznie większy, niż dotychczas.

Kol. Przewodniczący podnosi motywa, które skłoniły Wydział do odwołania się do ofiarności członków. Chodziło tu w pierwszym rzędzie o los rocznika, którego wydawanie musi być dalej prowadzone.

3) Kol. Kośmiński okazał oseska, który przebył *melaenam neonatorum.*

Z. S., lat 27, rz.-kat., wolna, dobrze zbudowana i odżywiona, zgłosiła się jako rodząca po raz drugi na oddział położniczy szpitala św. Łazarza dnia 23 kwietnia 1897 roku. Pierwszy raz rodziła przed dwoma laty prawidłowo, połóg odbyła prawidłowy, dziecko żyje i ma się dobrze. Pierwsze bóle dnia 23 kwietnia 1897 r. nad ranem. Badanie wykazało poród w toku u wieloródki na końcu ciąży; wymiary miednicy D. S. — 25, D. C. — 28, D. T. — 30, Conj. extr. — 19 cm., część pochwowa utrzymana, szyjka macicy przepuszcza swobodnie dwa palce, pęcherz płodowy utrzymany, główka ruchoma nad wchodem, okolica ciemienia dużego w środku pola badania. W południe dnia 23 kwietnia pękł pęcherz płodowy przy ujściu na talara, po południu wytworzyło się położenie czołowe z dążnością do powstania położenia twarzowego, skutkiem czego wykonano ręcznie zmianę

położenia na czaszkowe około godz. 5 po południu, a wobec postawy drugiej płodu, ułożono rodzącą na bok prawy, poczem za kilku bólami główka we wchodzie miednicy się ustaliła. O godzinie 7 wieczór odbył się poród siłami przyrody w mechanizmie prawidłowym położenia czaszkowego. Po porodzie znaczniejsze krwawienie. Połóg prawidłowy.

Noworodek płci męzkiej żywy ważył 3800 gr., długość 52 cm., silnie rozwinięty, na główce żadnych, nawet najmniejszych, odgniceń ani też obrażeń nie zauważono. Przez pierwsze 24 godzin zachowywał się normalnie, 24 kwietnia w południe zauważono, że noworodek wymiotuje treścią fusowatą, krwawą i oddaje smołkę ze sporą domieszką krwi. Do wieczora dnia tego wymiował 4 razy, stolców zaś oddał 5. Ciepłota ciała najwyższa 37·8° Cel., tętno 150, liczba oddechów 36 na minutę. Badanie ścisłe wszystkich narządów, przyczem zwrócono szczególniejszą uwagę na jamę nosa, ust i gardła, nie wykazało nic nieprawidłowego oprócz bladości skóry i dostępnych oku błon śluzowych noworodka, który leniwie tylko się porusza, nie krzyczy, nie chce ssać. Brzuch nie był wzdęty, okolica dołka podsercowego przy ucisku nie bolesna. Wobec tego rozpoznano *melaena neonatorum* i polecono podawać co pół godziny pół łyżeczki od kawy z roztworu 40 kropel *extr. fluid. Hydrast. Canadens.* preparatu angielskiego na 50 gramów wody destylowanej, a prócz tego łyżeczkami bardzo mocną herbatę nie słodzoną.

Przez następne 24 godzin, t. j. do dnia 25 kwietnia wieczorem, stan się polepszył o tyle, że przez całą dobę było tylko 8 stolców, a wymioty 3 razy. Ostatni stolec krwawy i wymioty krwawe były w południe 25 kwietnia. Dziecko przybladło bardzo, wygląda kredowo-biało, leży nieruchomo, nie ssie wcale, najwyższa ciepłota ciała 38° Cels., tętno 150, liczba oddechów 44 na minutę. Leczenie, jak poprzednio.

Dnia 26 kwietnia stolców ani wymiotów krwawych nie było, najwyższa ciepłota 37·6° Cels., tętno 150, liczba oddechów 36 na minutę. Dziecko blade bardzo, mocno osłabione, ciągle śpi, jednak czasem zaczyna chwytać pierś.

Dnia 27 kwietnia, stolec po lewatywie bez śladu krwi, wymiotów nie było, najwyższa ciepłota ciała 37·5° C., tętno 140, liczba oddechów 34. Dziecko ssie trochę. Rozczyn extr. hydrastis i herbatę usunięto.

Przez niecałe trzy doby podano około 90 kropel extr. fluid. Hydrast. Canad. w 120 gramach wody destylowanej. Pępowina oddzieliła się na sucho i odpadła szóstego dnia. Od tego czasu z dnia na dzień stan dziecka się poprawiał, czego dowodem ciężar ciała, gdy bowiem bezpośrednio po porodzie noworodek ważył 3800 gr., to w dniu 26 kwietnia ciężar ciała wynosił tylko 3300 gr., po dwu dniach jednak podniósł się do 3500, dnia 29 kwietnia 3450, dnia 1 maja 3550, a dnia 4 maja 3650 gr.

Obecnie, to jest w 10 dniu życia stwierdzić można, że dziecko jest kredowo-blade, niedokrewne, błony śluzowe bardzo blade, porusza się leniwo, krzyczy słabo, ciągle śpi, i trzeba je dopiero budzić do ssania. Badanie drobnowidowe stolców krwawych wykazało bardzo liczne ciałka krwi lepiej lub gorzej utrzymane, barwik krwi w bardzo znacznej ilości, bardzo dużo bakteryi gnilnych, złuszczony przybłonek i śluz.

Badanie bakteryologiczne krwi dało wynik ujemny. Dokładne wywiady wykazały, iż matka noworodka jest krwawcem i przy skaleczeniu mocno krwawi.

Przypadki tego cierpienia noworodków nie są wcale częste i w przeważnej liczbie przypadków kończą się niepomyślnie, a sekcya wykazuje prawie zawsze owrzodzenia lub nadżerki w przewodzie pokarmowym, które są przyczyną krwawienia. Gdy jedni za przyczynę tych owrzodzeń, zazwyczaj w okolicy odźwiernika żołądka lub dwunastnicy umiejscowionych, uważają zakrzep żyły pępkowej z następową embolią naczyń krwionośnych żołądka lub dwunastnicy i z tego nawet powodu radzą podwiązkę na pępowinie zapętlać najpierw od strony noworodka, a następnie dopiero drugą, to inni twierdzą, iż do powstania tych nadżerek i owrzodzeń wystarcza silne przekrwienie bierne trzewiów brzusznych, przyczem wrodzona kruchość naczyń krwionośnych stanowi moment usposabiający, i dla tego cierpienie to występować

ma u noworodków, pochodzących z matek dotkniętych kiłą lub krwawców, inni wreszcie twierdzą, że owrzodzenia te powstają jeszcze w łonie matki i przytaczają na poparcie swego zapatrywania te przypadki, w których objawy tego cierpienia wystąpiły zaraz po porodzie. Natomiast Pomorski (*Archiv f. Kinderheilk. Bd. XIV.*) a następnie Preuschen (*Verletzungen des Kindes bei der Geburt als Ursache der melaena neonatorum. Festschrift, Wien, 1894*), na podstawie klinicznego doświadczenia sądzi, iż przyczyną cierpienia tego są odgniecenia lub załamania kości czaszki noworodków, w przebiegu porodu występujące, i następowe zmiany uciskowe w mózgu lub rdzeniu noworodka, albo też wynaczynienia do jamy czaszkowej, powstające w przypadkach okręcenia pępowiny około szyi noworodka lub znacznego bardzo przedgłowia. Zdaniem autora tego, nawet po zupełnie prawidłowo przebiegających porodach, cierpienie to wystąpić może skutkiem wylania się krwi do jamy czaszki z przerwanych naczyń krwionośnych z powodu zbyt silnego przesunięcia się pojedynczych kości główki noworodka. Zdanie to poparł Preuschen licznym szeregiem doświadczeń, wykonanych na rozmaitych zwierzętach, u których ranił nacinał, lub kłuł różne partye istoty mózgowej, lub też ją niszczył w miejscach ograniczonych zapomocą wstrzykiwań rozczynu kwasu chromowego i przekonał się, że po zranieniu pewnych części istoty mózgowej występowały u zwierząt takich wymioty i stolce krwawe, a sekcya wykazywała ubytki i nadżerki błony śluzowej żołądka lub dwunastnicy, które były przyczyną krwotoku.

Gärtner (*Archiv f. Gynäkolog. Bd. 45, Heft II*) zaś ogłosił, iż w dwu, przez siebie spostrzeganych, przypadkach *melaena neonatorum* udało mu się wykazać identycznego prątka, który tworzy na agarze i żelatynie charakterystyczne kultury wśród wywiązywania się gazu. Najlepiej udawał się ten *bacillus melaenae* w temperaturze krwi, rozmnaża się przez dzielenie, a obserwowany w kropli wiszącej, wykonywa żywe ruchy, przyczem obraca się około swej osi poprzecznej. Wspomniany autor wykazał obecność jego we krwi i stol-

cach, a nadto w śledzionie i wątrobie. Wynaczynienia do jelit tłumaczy Gärtner występowaniem gromadnem prątków z naczyń przez błonę śluzową, przy czem warstwa gruczołowa ulega zniszczeniu. Szczepiąc zwierzętom kultury tegoż bacilla, otrzymał obraz chorobowy zupełnie podobny do *melaena neonatorum*. Na podstawie swoich badań sądzi Gärtner, że *melaena neonatorum* jest chorobą zakaźną, a zakażenie następuje przez ranę pępkową. Widzimy więc, że zapatrywania autorów na istotę tego cierpienia nie są wcale zgodne, większość jednak przyznaje, iż objawy chorobowe, opisywane pod wspólną nazwą *melaena neonatorum*, mogą być następstwem różnych szkodliwych czynników, wobec czego niektórzy autorowie radzą rozróżniać postać chorobową, która powstaje jako następstwo urazu, i postać chorobową, występującą na tle zakażenia, czy to swoistego, czy też, jak chcą inni, septycznego, a więc dwie postacie chorobowe jako *melaena traumatica* i *melaena infectiosa*.

W naszym przypadku nie znaleźliśmy żadnych śladów odgniecenia na główce noworodka, główka przeszła przez kanał rodny kostny dość szybko, kości nie zachodziły zbyt mocno za siebie, przedgłowia nie było, pępowina nie była okręconą około szyjki noworodka, badanie bakteryologiczne krwi dało wynik ujemny, i tylko w wywiadach spotykamy szczegół, mogący mieć niejakie znaczenie wobec różnych tłumaczeń powstawania tego cierpienia, to jest, że matka podaje, iż jest krwawcem. Że jednak rzeczywiście ten szczegół zasługuje w naszym przypadku na bliższe uwzględnienie ze względu na etyologią tak, jak to Schütze (*Centralblatt für Gynäkol. No. 9. — 1894*) i Fischer (*Münchener Medic. Wochenschrift No. 19. — 1897*) w swoim przypadku przypuszcza, nie ośmieliłbym się twierdzić. Natomiast podnieść tu muszę, że po podaniu roztworu extr. hydrast. canad. ilość stolców krwawych i wymiotów znacznie się zmniejszyła, gdy bowiem w przeciągu sześciu godzin w dniu 24-go kwietnia było 5 stolców i 4 razy noworodek wymiotował, to po podaniu extr. hydrastis canad. w następnych 18-tu godzinach wymioty wystąpiły 3 razy, stolców zaś było 8. Oczywiście

stanowczo twierdzić, że w tym przypadku rozczyn extr. hydrastis canad. tak skutecznie działał i że bez leczenia taka sama poprawa nastąpićby nie mogła, byłoby zbyt śmiałem; w każdym jednak razie należałoby, mojem zdaniem, środek ten stosować energicznie w odpowiednich przypadkach dla doświadczenia, tem więcej, że pierwsza próba wypadła tak zachęcająco.

W dyskusyi przemawiali:

Kol. Świtalski: Kol. Prelegent nie zwrócił uwagi na jeden szczegół etyologiczny, t. j. na stan jamy nosowej. Kwestyą tę porusza Hochsinger w artykule, który się niedawno pojawił w *Wiener medicinische Presse*. Autor wspomina, że częste są takie przypadki *melaena*, w których później nie znajduje się żadnych owrzodzeń w przewodzie pokarmowym i które uważa się za *melaena septica*, *syphilitica*, lub za chorobę Buhla. Obserwacye Swobody wykazały w czterech przypadkach, że źródłem krwawienia była jama nosowa. W dwóch z tych czterech przypadków były w nosie owrzodzenia kiłowe, w jednym silne przekrwienie obok wynaczynień podoponowych, w jednym w końcu przyczyna krwotoku była niejasna. Hochsinger opisuje przypadek, do którego wezwany był w 20 godzin po porodzie. Akuszerka i lekarz, który był obecny przy porodzie, podali, że dziecko zaraz po urodzeniu się oddawało stolec krwawy, i zwrócili uwagę na to, że i wody płodowe były krwawe, co niewątpliwie przemawia za tem, że dziecko krwawiło jeszcze w łonie matki. Dokładne badanie autora wykazało jako źródło krwotoku jamę nosową prawą, którą też autor wytamponował. Dzięki temu objawy melaeny ustąpiły.

Krwawienie z jamy nosowej może mieć rozmaite przyczyny jak *haemophilia*, *syphilis*, uraz i t. d. W każdym razie w tych przypadkach należy zwracać uwagę na nos.

Kol. Braun sądzi, że przypadek kol. Kośmińskiego należy do lżejszych. We wszystkich przypadkach, które dotąd obserwował, następowało zejście śmiertelne. Przypadki te odznaczały się jednak wybroczynami podskórnemi, niekiedy dużemi.

Kol. Cercha zapytuje, czy w tym przypadku nie było drgawek. Pamięta jeden przypadek, w którym były wybroczyny podoponowe obok podskórnych i krwawienie z przewodu pokarmowego.

Kol. Rosner przypuszcza, że są pewne podstawy do przyjęcia, że w tym przypadku rzeczywiście chodziło o krwawienie nosowe przyrody urazowej, a to dlatego, że dziecko sta-

wiło się do porodu w ułożeniu czołowem, które dopiero później zostało zamienionem na czaszkowe. Że *sepsis* nie odgrywała tu roli, nie ulega wątpliwości. Przemawia przeciw temu korzystny wynik leczenia i brak wszelkich innych objawów. Haemophilia dziedziczna jest również nieprawdopodobna, gdyż nie ma żadnych podstaw do przyjęcia haemophilii u matki. Owszem, brak krwotoku podczas porodu przemawia przeciw temu.

Kol. Lax wyklucza, podobnie jak kol. Rosner, haemophilią. Zakażenie ostre mógłby również wykluczyć na podstawie braku gorączki. Podniesienie się ciepłoty do 38° nie dowodzi niczego. Kol. Lax mierzył ciepłotę u 120 dzieci i wykonał u nich kilka tysięcy pomiarów. Wie, że u noworodków ciepłota często podnosi się do 38°, bez wyraźnie wykazać się dającej przyczyny. Takie jednorazowe podniesienia ciepłoty nie mają znaczenia.

Kol. Mars sprzeciwia się temu, jakoby krwawienie w tym przypadku miało swoje źródło w nosie. Przeciw temu przemawia wyraźnie ta okoliczność, że wymiociny były fusowate, a krew, wypływająca z kiszki stolcowej, jasno czerwona. Krew ta pojawiła się bezpośrednio po porodzie, a dopiero w cztery godziny później smołka. Barwa tej krwi, całkiem świeżej, dowodzi, że krew ta nie przeszła przez żołądek, że więc źródło krwawienia leżało poniżej zwieracza żołądka. To zaprzeczyć się nie da, choćby nawet znaleziono jakąś zmianę patologiczną w nosie. Badanie wszakże bardzo dokładne zmian tych nie wykazało.

Na inny jeszcze szczegół pragnie kol. Mars zwrócić uwagę, a mianowicie na leczenie. Dziecku podano przez cały czas leczenia 70—80 kropli extr. fluidi hydrastis Canad. Parke-Davis. W pierwszym dniu zażyło dziecko około 40 kropli. Jest to, według naszych dotychczasowych pojęć, dawka ogromna, która jednak nie sprowadziła żadnych złych objawów. Wynika z tego, że dawki, które podajemy dorosłym, są prawdopodobnie za małe, czyli, że możnaby podawać większe.

Kol. Lax zwraca uwagę na artykuł, drukowany w *Wiener medic. Presse*, a pochodzący z pracowni Bascha, w którym autor zajmuje się kwestyą działania hydrastis na macicę. Działanie to jest, zdaniem autora, zupełnie podobne do działania ergotyny.

Kol. Kośmiński twierdzi, że w jego przypadku źródłem krwawienia nie był nos. Przeciw temu przemawia wynik badania dokładnego i jakość krwi w wymiocinach i w stolcu, jak słusznie zauważył kol. Mars. Zresztą takie krwawienie nosowe nie jest, ściśle biorąc, melaeną, podobnie jak w przypadkach cytowanych przez kol. Brauna, można mówić raczej o *sepsis*, niż o *melaena*.

Kol. Świtalski zaznacza, że nie twierdził, że w tym właśnie przypadku było krwawienie z nosa, nadmienił tylko, że kol. Kośmiński, omawiając obszernie przyczyny melaeny, o tem źródle nie wspomniał.

4) Kol. Świtalski opowiedział:

Trzy przypadki ciąży zamacicznej (z okazaniem preparatów anatomicznych).

W pierwszym przypadku ciąża rozwijała się w trąbce lewej, mniej więcej w środku jej długości; trąbka w tem miejscu, jak to Panowie widzicie, jest rozszerzona do wielkości dużego orzecha laskowego. W górnej ścianie znajduje się otwór o brzegach strzępiastych, o średnicy około 6 mm., prowadzący do wnętrza tej rozszerzonej części trąbki, wypełnionej skrzepem krwi, dosyć luźnie ułożonym. Z końcem brzusznym trąbki stoi jeszcze w związku duży kawałek odciętej sieci bardzo znacznie zgrubiałej, naciekłej, który pokrywał tumor, leżący przed macicą i lewem więzadłem szerokiem, złożony ze skrzepów krwi (*haematokele anteuterina*). Trąbka lewa od tyłu i dołu była dosyć silnie pozrastana z jelitami.

W drugim przypadku była *graviditas extrauterina tubaria dextra ampullaris.* Trąbka prawa w połowie brzusznej zamieniona jest w guz, wielkości średniej pięści, w połowie zaś dośrodkowej w miarę zbliżania się do macicy, staje się coraz cieńszą tak, że tuż przy macicy jest prawie normalnej grubości. Wnętrze rozszerzonej części trąbki wypełnione jest skrzepem krwi, w środku którego znajduje się jamka, wielkości jaja gołębiego, wyścielona owodnią. Do tylnej ściany tej jamki przymocowana jest pępowina około $1^1/_2$ cm. długa, a obok niej leży mały, rozmiękający płodzik dwumiesięczny. Jajnik prawy prawidłowy przylegał do górnej tylnej części tumoru. W tym przypadku wskutek pęknięcia trąbki przyszło również do wytworzenia się *haemotokele anteuterina*, ale równocześnie krew wydostała się w miernej ilości i do jamy brzusznej (*haemorrhagia intraperitonealis*). Podobnie jak w pierwszym przypadku zatoka pęcherzowa maciczna, w której pomieszczona była wielka ilość skrzepów, została oddzie-

loną od reszty jamy brzusznej przez przyrośniętą sieć, która tu jest także znacznie zgrubiała i naciekła.

W trzecim przypadku była również *graviditas extrauterina tubaria dextra ampullaris.* Część odśrodkowa trąbki tworzy tumor wielkości jaja kurzego. Ściana trąbki w połowie dośrodkowej jest znacznie zgrubiała, a błona śluzowa obrzękła, ciemno-czerwono zabarwiona, silnie pofałdowana. Ściana trąbki w części rozszerzonej jest znacznie cieńsza o błonie śluzowej wygładzanej, blado-różowej. W tej części trąbki pomieszczony jest skrzep na większej przestrzeni, dosyć luźnie do ścian trąbki przyczepiony, tylko w górnej tylnej części związek jego ze ścianą jest silniejszy, a ściana trąbki w tem miejscu jest bardzo cienka tak, że tu mogło przyjść bardzo łatwo do pęknięcia ściany trąbki. W środku skrzepu znajduje się jamka, wyścielona owodnią, zupełnie pusta. Jajnik prawy, wielkości małej pięści, mieści w sobie jamę, wielkości orzecha włoskiego, wypełnioną treścią dosyć gęstą, ciemno-brunatną, w której pływają liczne strzępy jakiejś tkanki, drobnowidowo jeszcze nie zbadanej. Mamy więc tutaj dosyć rzadko się zdarzającą cystę ciałka żółtego (*cystis corporis lutei*). Jajnik ten, jak to zresztą bywa (Fränkel) często w przypadkach tego rodzaju torbieli, był bardzo silnie pozrastany z otoczeniem. W tym przypadku były bardzo znaczne i silne zrosty pomiędzy tumorem trąbkowym, otrzewną zatoki Douglasa, tylną ścianą miednicy i jelitem grubem (S. romanum). Przy oddzielaniu trąbki od jelita wydostała się ropa w ilości około $^1/_2$ łyżeczki tak, że zrazu myślano, że mamy do czynienia z *pyosalpinx*; w dalszym ciągu pokazało się jednak, że był to mały ropień, usadowiony pomiędzy ścianą trąbki a jelitem, którego ściana w tem miejscu zgrubiała i naciekła, nie okazywała żadnej przerwy w ciągłości.

Pierwsza chora, lat 25, rodziła raz w listopadzie 1892. W kilka miesięcy po porodzie leczoną była w klinice z powodu *endometritis purulenta.* Ostatnia regularność odbyła się z początkiem stycznia b. r., z końcem lutego wystąpiło krwa-

wienie, które z małemi przerwami utrzymywało się aż do dnia operacyi (18. III. 97).

Druga, lat 42, przebyła ośm porodów prawidłowych i zawsze była zdrową. Ostatnią regularność miała w połowie stycznia, z początkiem marca krwawienie, które się utrzymywało przez 3 tygodnie aż do odejścia doczesnej. Operowana 12. IV. 97.

Trzecia, 21 lat, izrael., rodziła raz w sierpniu 1894 r.; w pięć miesięcy po porodzie miała przebywać zapalenie około macicy. Ostatnia regularność z początkiem listopada 1896, z końcem grudnia wystąpiły krwawienia, utrzymujące się aż do przybycia do kliniki. Operowana 1. V. 97.

Wszystkie chore miały bardzo znaczne dolegliwości, jak bóle dołem, w krzyżach i były niezdolne do jakiejkolwiek pracy.

We wszystkich trzech przypadkach, o ile z wywiadów można wywnioskować, związek pomiędzy jajem płodowem a ścianą trąbki został przerwany w drugim miesiącu ciąży, co objawiło się krwawieniem na zewnątrz; w dwóch przypadkach przyszło do pęknięcia ściany trąbki i wytworzenia się krwisteku przedmacicznego, w trzecim przypadku ściana trąbki na pewnej przestrzeni była tak ścieńczała, że niezawodnie przyszłoby było do pęknięcia. We wszystkich przypadkach stwierdziłem drobnowidowo kosmki wśród skrzepu krwi, najlepiej utrzymane w drugim, najgorzej w trzecim przypadku. Co się tyczy zachowania się ścian trąbek, to badania drobnowidowe są dopiero w toku.

W przypadkach tych można było myśleć i o operacyi od strony pochwy, z powodu jednak nieruchomości tumorów i przypuszczenia silnych zrostów, woleliśmy operować od strony jamy brzusznej, i śmiało mogę powiedzieć, że tylko ta droga pozwoliła na radykalny zabieg, t. j. doszczętne wydalenie wszystkich części zmienionych i usunięcie skrzepów ze wszystkich zaułków. Zdaniem mojem, do operacyi przez pochwę możnaby przystąpić tylko w tych rzadkich przypadkach, w których nie przyszło jeszcze do pęknięcia ściany trąbki, zupełnie ruchomej. Wszystkie nasze pacyentki mają

się dobrze; pierwsza opuściła klinikę w 22 dni, druga w 28 dni po operacyi, a trzecia operowana dopiero przed 3-ma dniami, ma się zupełnie dobrze.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Braun cytuje dwa przypadki ze swojej praktyki prywatnej. W jednym z nich wykonał radykalny zabieg operacyjny, drugi leczy obecnie konserwatywnie. W pierwszym wszelkie objawy kliniczne przemawiały za rozpoznaniem ciąży zamacicznej, podczas operacyi nie znaleziono jednak płodu ani składników jaja płodowego, tylko skrzep wypełniający trąbkę, w którym napróżno szukano kosmków. Od przerwania ciąży do operacyi upłynęło może 4 miesiące. Zachodzi pytanie, czy wobec tego ujemnego wyniku badania można naukowo z wszelką pewnością utrzymywać, że mieliśmy do czynienia z ciążą zamaciczną, opierając się tylko na objawach klinicznych, a nie wykazawszy ani makroskopowo ani mikroskopowo składników jaja płodowego. — Kolega Braun opowiada również szczegółowo drugi przypadek, w którym leczenie konserwatywne nie prowadzi do celu.

Kol. Rosner sądzi, że wynik ujemny poszukiwania kosmków nie przemawia żadną miarą przeciw klinicznemu rozpoznaniu ciąży zamacicznej i że znalezienie kosmków w przypadkach, w których więcej czasu upłynie od przerwania ciąży, jest czasem bardzo trudne. Nie mniej jednak jest to objaw niezmiernie cenny. W jednym przypadku zdołał kol. Rosner wykazać zaledwie spostrzegalne szczątki kosmków, natomiast komórki doczesnej były jeszcze wyraźne.

Kol. Jordan: Ujemny wynik co do istnienia kosmków w skrzepie nie przemawia, rzecz jasna, przeciw rozpoznaniu ciąży. Zweifel w odczycie swoim o *haematokele retrouterina* przytacza jeden przypadek, w którym dopiero po bardzo skrzętnych poszukiwaniach i po sporządzeniu około 300 skrawków, zdołał wykazać zanikowe rudymentarne kosmki. W tym przypadku upłynęło między przerwaniem ciąży a operacyą około 3 miesięcy. Przypadek kol. Brauna jest mi znany i, mojem zdaniem, nie ulega wątpliwości, że była to ciąża zamaciczna.

Zły wynik leczenia zachowawczego w przypadku drugim nie może zadziwiać, gdyż przypadki te są wogóle trudne do leczenia. Czasem po długiem i bezskutecznem leczeniu sprawa bierze dobry obrót i poprawa następuje szybko. Pewny rezultat daje tylko operacya.

Kol. Mars zalecał w drugim przypadku kol. Brauna, który zna jako konsultant, zabieg operacyjny i sądzi, że tylko

w ten sposób osiągnie się trwałe wyleczenie, jednakowoż do zabiegu nie przyszło, ponieważ pacyentka i rodzina nie zgodziły się na to.

Kol. Braun zaznacza z okazyi przemówienia kol. Rosnera, że nie wypowiedział bynajmniej tego zapatrywania, żeby brak kosmków dowodził czegokolwiek, tylko zapytywał, czy można mimo braku kosmków rozpoznać na pewne ciążę zamaciczną.

Kol. Świtalski badał co do kosmków wszystkie kliniczne przypadki i nabrał przekonania, że we wczesnych przypadkach znajduje się je zawsze. — W cztery tygodnie po przerwaniu ciąży zawsze bardzo wyraźnie spostrzega się kosmki.

W cztery miesiące po obumarciu jaja widział kol. Świtalski tylko kształty kosmków, jednak nie mógł się w nich dopatrzeć żadnych składników histologicznych. To stadyum zdaje się poprzedzać zupełny ich zanik. Martinowi udało się po bardzo mozolnych poszukiwaniach wykryć kosmki w 8 miesięcy po przerwaniu ciąży. Zresztą i później rozpoznanie ciąży zamacicznej jest łatwe, jeśli się zgodzimy na zapatrywanie Martina, że każdy większy skrzep, znachodzący się w trąbce, dowodzi ciąży zamacicznej. — Krew haematosalpinx pozostanie zawsze płynną.

5) Kol. Jordan:

Przypadek operacyi Alexandra Adamsa w ciąży (z przedstawieniem chorej).

W marcu b. r. zgłosiła się do kliniki chora, u której rozpoznano *cystokele vaginalis*, *descensus vaginae posterioris*, *descensus et retroflexio uteri*, *graviditas* $1^1/_2$ *mens.* Chora ta podawała, że po ostatnim prawidłowym porodzie w r. 1893 dwa razy poroniła. Uważając tyłozgięcie macicy za przyczynę poronień, postanowiłem zrazu po odprowadzeniu macicy założyć krążek, kiedy jednak ten, z powodu znacznej szerokości pochwy i wejścia do pochwy, nie chciał się utrzymać, uważałem za najodpowiedniejszy zabieg Alexandra Adamsa bez dodatkowych operacyi na pochwie, któreby mogły sprowadzić poronienie. Dnia 6 kwietnia wykonałem tę operacyę sposobem Kochera, jakiego zwykle używamy w klinice. Tu muszę nadmienić, że więzadła okrągłe były znacznie grubsze i więcej przekrwione, niż zwykle, co należy przypisać rozrostowi ich podczas ciąży. Przebieg po-

operacyjny był zupełnie prawidłowy, a chora w cztery tygodnie po operacyi opuściła klinikę z macicą bardzo dobrze położoną.

O ile mi jest wiadomem z dostępnej literatury, nikt dotąd nie wykonał tej operacyi w ciąży; wobec więc tego, że zabieg ten nie wywiera żadnego niekorzystnego wpływu na przebieg ciąży, radziłbym go wykonywać także w przypadkach *retroflexio uteri gravidi*, jeżeli krążek nie da się założyć, a chora usuwa się z pod kontroli lekarskiej.

---

## LXXXVIII. Posiedzenie z dnia 1 czerwca 1897.

Przewodniczący: kol. Mars, sekretarz: kol. Rosner.

1) Protokół odczytano i przyjęto.

2) kol. Kośmiński wygłosił rzecz p. t.:

Przyczynek do bezgnilnego i ściśle chirurgicznego postępowania wśród niektórych operacyj położniczych.

Wprowadzenie postępowania ściśle bezgnilnego podczas wykonywania wielu operacyj położniczych napotyka na bardzo wielkie trudności. Główną przeszkodę w osiągnięciu tego celu stanowi pochwa, która, jak dotychczasowe badania wykazały, nie daje się dostatecznie podczas porodu wyjałowić, a w wielu przypadkach wyjałowienie to jest wprost niemożebne, jak n. p. przy wypadnięciu części drobnych; w tych zaś przypadkach, w których usiłujemy koniecznie do tego doprowadzić, dzieje się to kosztem sprawności i odporności tkanek, z powodu znacznego ich rozpulchnienia. Ponieważ, operując w jamie macicznej, musimy wśród wielu zabiegów chirurgicznych, a szczególnie tam, gdzie działamy na ciemno, pod kontrolą tylko rąk, dotykać się przedtem pochwy, przeto grozi zawsze niebezpieczeństwo przeniesienia istot chorobotwórczych, jakie się w pochwie znajdować mogą, do wyższych części przewodu rodnego, to jest do jamy macicy, i spowodować zakażenie.

Z tego powodu unikamy o ile możności wprowadzenia bez koniecznej potrzeby ręki lub narzędzia do jamy macicznej, a nawet ograniczamy badanie osób rodzących do możliwie ciasnych rozmiarów.

Jeżeli prawidłową wydzielinę pochwy możemy wśród porodu prawidłowego uważać za niezawierającą drobnoustrojów chorobotwórczych i to z pewnem zastrzeżeniem, to bezwarunkowo nie możemy tego powiedzieć o wydzielinie nieprawidłowej, lub też wobec porodów, dłuższy czas trwających, a więc nieprawidłowych, gdy krew i wody płodowe, częstokroć ze smółką zmięszane, zalegają przez czas dłuższy w pochwie.

A właśnie te nieprawidłowo przebiegające porody zmuszają nas do wykonania różnych zabiegów, wśród których, czy to ręce operującego, czy też narzędzia, zanim dostaną się do pola operacyjnego, stykają się ze ścianami pochwy i wprowadzają wydzieliny, często już rozkładające się, z niższych do wyżej położonych części dróg porodowych, to jest z pochwy do macicy. Aby, o ile możności, ograniczyć to przenoszenie wydzieliny do jamy macicznej, istnieje już dziś wiele pomysłów przy licznych zabiegach operacyjnych, jak n. p. przy wydobywaniu ręcznem popłodu. W tym celu staramy się ręką zewnętrzną spychać macicę ku dołowi i sprowadzić jej ujście zewnętrzne aż do szpary sromowej, a po rozwarciu warg, wprowadzić rękę bezpośrednio do jamy macicznej; przy wykonywaniu zaś obrotu, wobec utrzymanego pęcherza płodowego, przebijamy zawsze pęcherz płodowy w okolicy ujścia zewnętrznego i wprowadzamy rękę do jaja płodowego, aby nie zetknęła się bezpośrednio z wewnętrzną ścianą macicy. Przy wykonywaniu innych operacyj położniczych, było, jak dotąd, rzeczą niemożliwą, uniknąć poprzedniego zetknięcia ze ścianami macicy; natomiast możemy ograniczyć do najmniejszych rozmiarów zetknięcie się narzędzi ze ścianami pochwy i w tym celu spróbowałem osłaniać te ściany bardzo dużymi i szerokimi wziernikami łyżkowymi, i bezpośrednio, pod kontrolą wzroku, wykonywać niektóre

operacye położnicze ściśle chirurgicznie, a nie jak, dotąd, po ciemku.

Przedewszystkiem uważałem za wskazane postępować w ten sposób w przypadkach porodów długo trwających lub zaniedbanych i nieczystych, w których należało wykonać pomniejszenie płodu, a więc bądź wymóżdżenie przy położeniach główkowych, bądź też rozkawałkowanie płodu przy położeniach poprzecznych zaniedbanych, a sposób postępowania opiszę dla każdej operacyi osobno.

Przeglądając tu odnoszącą się literaturę, nigdzie nie znalazłem wzmianki o podobnem postępowaniu w tym celu, aby wśród zabiegów jak najmniej mieć styczności ze ścianami pochwy i tylko w *Lehrbuch der operativen Geburtshülfe* Kehrera, z roku 1891, na stronnicy 233, w opisie techniki wytrzewienia płodu, spotkałem co następuje:

„Zunächst wird der tiefstehende Fötaltheil, Brust oder Bauch, eröffnet, indem man, vielleicht zweckmässig unter Benutzung Simon'scher Rinnen und Seitenhalter, ein Spitzbistouri oder ein Scheerenperforatorium durch ein Rippeninterstitium oder die Bauchwände einsticht. Von diesem Einstich ausgehend schneidet man dann mit einer langgestielten Scheere die Rumpfwände nach vorn und hinten möglichst weit durch, um bequemen Zugang zu den Eingeweiden zu gewinnen. Eine Durchschneidung der Rippen werde, der Splitter wegen, womöglich vermieden. Dann dringt man mit den Fingern und einem Schlüsselhacken in die Spitze des Brustkorbs, hakt Speise- und Luftröhre an, zerreist diese durch Drehung und zieht nun die Brustorgane herab. Dann trennt man mit der Scheere das Zwerchfell von den Rippen und zieht dann, unter Benutzung einer Polypenscheere sämmtliche Brust- Baucheingeweide heraus“.

Jak z tego wynika, wyraził Kehrer tylko przypuszczenie (*vielleicht zweckmässig*), że użycie wzierników Simona może być przydatnem przy otwieraniu klatki piersiowej lub jamy brzusznej płodu, a nie w celu uchronienia narzędzi od zetknięcia się ze ścianami pochwy.

Operowałem zawsze, ułożywszy rodzącą poprzecznie na łóżku z podniesionemi ku górze udami, czasem w uśpieniu chloroformowem, czasem bez niego, przy pomocy jednego z obecnych kolegów, a kilka razy dla doświadczenia przy pomocy akuszerki i prawie we wszystkich przypadkach w obecności kilku kolegów.

W celu wykonania trepanacyi kładzie się wprowadzony duży, bardzo szeroki wziernik na tylnej ścianie pochwy i odsłania główkę, a najczęściej przedgłowie. Przy ujściu mało rozwartem, odsłania się ujście zewnętrzne macicy. Jeżeli ujście zewnętrzne jest mało rozwarte, a przytem zwrócone ku kości krzyżowej, należy podwójnemi szczypczykami, do czego najlepiej nadawały mi się bardzo mocne szczypczyki Doyena, ostre, z zamknięciem, — uchwycić przednią ścianę szyjki macicznej i naciągnąwszy, ustawić ujście tak, aby główka była widoczną; w razie potrzeby należy uchwycić i tylną ścianę szyjki drugiemi takiemi szczypczykami, a nawet, według potrzeby, rozciąć szyjkę maciczną na boki.

Jeżeli główkę lub przedgłowie w ten sposób odsłonimy, chwyta się skórę główki tuż pod przednim brzegiem ujścia macicznego na jak najszerszej przestrzeni mocnemi podwójnemi szczypczykami, w kierunku poprzecznym miednicy matki i w ten sposób ustala się często jeszcze ruchomą główkę płodu, a w razie potrzeby zakłada się nad brzegiem tylnym ujścia zewnętrznego drugie także szczypczyki. Wtedy szczypczyki założone na szyjkę macicy, są już niepotrzebne i należy je zdjąć. Pociągając, a raczej trzymając teraz silnie za szczypczyki, założone na skórę główki lub przedgłowia, ustala się główkę i zwykłym nożem przecina się skórę pomiędzy szczypczykami w kierunku poprzecznym miednicy matki, a rozkładając szczypczyki ku górze i dołowi, odsłania się bezpośrednio kości czaszkowe, które przebijamy następnie zapomocą nożyc Naegelego, lub też trepanujemy trepanem Brauna. Zamiast poprzedniego przecinania skóry nożem, można także odrazu przebić skórę i kości nożyczkami Naegelego; skóra jednak, poprzednio przecięta, naciągana

szczypczykami chroni nam w dalszym ciągu miękkie części matki od zranienia odłamkami kostnymi.

Po wykonaniu trepanacyi następuje zniszczenie i częściowe wydobycie mózgu, co najszybciej uskutecznić można dużą łyżeczką lub mocnemi szczypczykami tępemi. Jeżeli teraz założymy dwie, trzy lub cztery pary mocnych podwójnych lub potrójnych ostrych szczypczyków w ten sposób, że uchwycimy razem ze skórą kości główki, to pociągając pod kontrolą wzroku ku dołowi i uważając, żeby jaki odłamek kostny nie zetknął się z częściami miękkiemi matki, najczęściej uda nam się po dokładnem wymóżdżeniu sprowadzić zapadniętą główkę do próżni miednicy. Wtedy należy wziernik wyjąć, jako zbyteczny, bo główka, wydłużona otworem trepanacyjnym, dosięga szpary sromowej. Zamiast mocnych szczypczyków można użyć również kranioklastu, zakładając jedno ramię do jamy czaszki, a drugie, jedynie tylko pod kontrolą wzroku, pomiędzy skórę a kości głowki, co zwykle łatwo uskutecznić się daje, a w takim razie wprowadzenie ręki do jamy macicy jest zupełnie niepotrzebne. Dalszy ciag wydobycia główki odbywa się jak zwykle.

W ten sposób postępując, operowałem cztery razy, raz zaś na moją propozycyą i przy mojej pomocy wykonał w ten sposób operacyą jeden z kolegów, praktykujących na oddziale.

Przypadki te są następujące:

1) K. K. lat 25. Nr. prot. położnic 473, z roku 1896. Ciąża I. Położenie płodu podłużne czaszkowe, postawa II. Ścieśnienie miednicy II stopnia. Pierwsze bóle 24 czerwca, wieczorem d. 25 czerwca pękł pęcherz płodowy; 28 czerwca przed południem badanie wykazało macicę mocno obkurczoną, tętna płodu nie słychać, główka przyparta do wchodu miednicy, ujście zewnętrzne na talara rozwarte, przedłowie dość duże, miękkie. W uśpieniu chloroformowem wykonałem trepanacyą, wymóżdżenie i wydobycie płodu w sposób powyżej podany, nie używając wcale kranioklastu. Operacya trwała 20 minut. Płód po wymóżdżeniu ważył 3700 grm. Przed operacyą ciepłota 38·5° C., w połogu najwyższa raz jeden 38·2° C.

2) M. K. lat 35. Nr. prot. położnic 505 z roku 1896. Ciąża I. Położenie płodu podłużne, główkowe, postawa II. Ścieśnienie miednicy II stopnia, większa ilość wód płodowych. Dnia 16 lipca pękł pęcherz płodowy przy główce nieustalonej, ujście rozwarte na koronę. D. 17 lipca wieczorem badanie wykazało, że pierścień skurczowy macicy dochodzi do wysokości pępka, tętna płodu nie słychać, główka we wchodzie nieustalona, ujście zewnętrzne wielkości talara. — O godzinie 7 wieczór wykonałem trepanacyą i wymóżdżenie wyżej opisanym sposobem, operacya trwała niecałe 25 min. Kranioklastu nie potrzebowałem używać. Płód po wymóżdżeniu ważył 3800 grm.

Połóg prawidłowy.

3) A. M. lat 30. Nr. prot. położnic 768 z roku 1896. Rodziła przed 4-ma laty siłami przyrody dziecko nie donoszone. Obecnie ciąża II. Położenie płodu podłużne, czaszkowe, postawa I. Ścieśnienie miednicy na granicy I a II-go stopnia. Dnia 18 grudnia wieczorem macica obkurczona silnie, pierścień skurczowy na dwa palce poniżej pępka, tętno płodu słabe, nieregularne, główka ustalona, przedgłowie duże, ujście prawie zupełnie rozwarte. Założono kleszcze Brauna i wykonano kilka silnych trakcyj bez skutku, wśród tego tętno płodu stało się niesłyszalne. Wobec tego wykonano trepanacyą, przeciąwszy skórę i przedgłowie do kości nożem, a potem kości nożycami Naegelego w sposób poprzednio podany. Trepanacya trwała 12 minut. Płód po wymóżdżeniu ważył przeszło 4000 grm. Połóg bezgorączkowy.

4) M. M. lat 43. Nr. prot. położnic 331 z roku 1897. Rodziła raz przed 2-ma laty, płód niedonoszony, wydobyty kleszczami, zaraz umarł. Obecnie ciąża II. Położenie płodu podłużne, główkowe, postawa II. Ścieśnienie miednicy II-go stopnia. Dnia 3 maja wieczorem badanie wykazało: pierścień skurczowy o jeden palec poniżej pępka, tętno płodu ledwie słyszalne, słabe, ujście zewnętrzne na guldena, główka niezupełnie ustalona. Założono kleszcze Madurowicza, a gdy po kilku trakcyach główka nie zstąpiła niżej, wykonałem trepanacyą i wymóżdżenie sposobem opisanym. Trepanacya

trwała przeszło 15 minut. Płód po wymóżdżeniu ważył około 3500 grm.

Połóg prawidłowy.

W przypadku zaś znacznego wodogłowia, Nr. prot. położnic 754 z r. 1896, wykonałem we wzierniku pod kontrolą wzroku szerokie nacięcie nożem główki płodu, poczem pociągając szczypczykami, wydobyłem z łatwością główkę płodu. Połóg prawidłowy.

We wszystkich tych przypadkach zabieg okazał się wcale nie trudniejszym od zwykle używanego bez wziernika, narzędzia były jak najmniej w styczności ze ścianami pochwy, a przy ujściu przynajmniej na trzy palce rozwartem, nie potrzeba było wcale dotykać się bezpośrednio ścian macicy.

W położeniach poprzecznych zaniedbanych, płód ustawić się może albo tak, że najniżej położoną częścią będzie bark, co się przydarza najczęściej, albo też, co znacznie rzadziej, najniżej położoną, a więc i najłatwiej dostępną, będzie szyjka płodu; w pierwszym przypadku należy wykonać wytrzewienie płodu, w drugim oddzielenie główki od tułowia.

Aby odsłonić dokładnie szyjkę płodu w celu wykonania obezgłowienia należy wziernik założyć nieco ukośnie na boczną i tylną ścianę pochwy z tej strony, po której znajduje się główka płodu. Po odsłonięciu szyjki, przecina się zwykłym nożem części miękkie aż do kręgosłupa w kierunku podłużnym do osi ciała płodu; w ten sposób otrzymamy płat górny i płat dolny części miękkich. Oba te płaty chwyta się następnie podwójnemi ostremi szczypczykami i rozstawia, aby odsłonić bezpośrednio kręgosłup, który pod kontrolą wzroku przecina się z łatwością silnemi nożycami, przyczem części miękkie szyi, które pozostają nietknięte, ochraniają nam najzupełniej części miękkie matki od skaleczenia, a wprowadzanie ręki w celu ochrony jest zupełnie zbyteczne. Zwracam przytem uwagę na ogromną korzyść przy takiem postępowaniu, gdyż nie wprowadzając ręki dla ochrony matki do mocno rozszerzonej szyjki macicy, nie można nigdy rodzącej przynieść szkody; podczas gdy operując zwykle uży-

wanym sposobem, już samo wprowadzenie ręki w celu ochrony do macicy, może sprowadzić łatwo pęknięcie zcieńczałej ściany, nie mówiąc już o zranieniach szyjki narzędziami.

W ten sposób wykonane obezgłowienie może być czasem zabiegiem dość trudnym ze względu na trudny dostęp, należałoby zatem przy położeniach poprzecznych zaniedbanych wykonywać o ile możności najczęściej wytrzewienie płodu i to w sposób następujący:

Zakłada się wziernik duży, szeroki, na tylną i boczną ścianę pochwy ukośnie, w kierunku pośladków płodu, a gdy rączka jest wypadnięta, co bywa najczęściej, pociąga się równocześnie mocno za rączkę w kierunku przeciwnym, to jest w kierunku główki płodu. W ten sposób odsłaniamy pachę, poczem nożycami Naegelego, lub nożem robimy otwór w klatce piersiowej w kierunku osi podłużnej płodu. Brzegi tego otworu, zrobionego w klatce piersiowej, należy następnie uchwycić dwoma silnemi szczypczykami w ten sposób, aby o ile możności ująć żebra wraz z częściami miękkiemi i rozstawić otwór. Następnie nożycami przecina się całą klatkę piersiową w kierunku osi podłużnej płodu, a więc wszystkie żebra i obojczyk, idąc krok za krokiem, to jest po przecięciu pierwszych żeber chwyta się innemi szczypczykami coraz to dalsze części klatki piersiowej i przecina dalej, zawsze pod kontrolą wzroku, ciągnąc równocześnie mocno za szczypczyki ku przodowi i w kierunku główki płodu, aby naśladować niejako dobrowolne wytoczenie się płodu.

Po przecięciu klatki piersiowej obniża się cały tułów bardzo znacznie; połową ręki, czyli czterema palcami, które do klatki piersiowej płodu wtedy swobodnie wprowadzić można, wydobywa się z łatwością wszystkie trzewia klatki piersiowej i jamy brzusznej, poczem przy pociąganiu silnie za szczypczyki (dwie, trzy, lub cztery pary) z największą łatwością występuje płód ze szpary sromowej, naśladując mechanizm dobrowolnego wytoczenia się. Jeżeliby przecinanie klatki piersiowej pod kontrolą wzroku wobec znacznego niestosunku porodowego, napotykało na wielkie trudności,

możnaby zastosować sposób, jakiego używamy przy wydobywaniu wielkich guzów przez pochwę, to jest chwytając krok za krokiem, miejsce za miejscem, mocnemi szczypczykami coraz to dalsze części tułowia, natychmiast je odcinać i usuwać nożycami mocnemi, czyli dosłownie kawałkować płód, aż dokąd w całości wydobytym nie zostanie.

Sposób ten posiada tę zaletę, że do dolnego, mocno rozciągniętego, odcinka macicy nie wprowadza się wcale ręki, ani narzędzi, że od samego początku operacyi wszystko zmierza do zmniejszenia zawartości jamy macicy; że zabieg cały w krótkim czasie wykonać można, a w każdym razie w znacznie krótszym, aniżeli operując sposobami powszechnie używanymi; że tak postępując, nie można obrazić części miękkich rodzącej, a wreszcie, że naśladując dobrowolne wytoczenie się płodu, naśladujemy niejako przyrodę.

W łatwiejszych przypadkach nie potrzeba wcale usuwać trzew z klatki piersiowej i brzucha, gdyż już samo podłużne przecięcie klatki piersiowej wystarczy, aby pod wpływem ucisku przecięte brzegi niejako się zawinęły, a skutkiem tego objętość klatki piersiowej znacznie się zmniejszy. Zranienia pochwy przez odłamki przeciętych żeber wcale obawiać się nie należy, gdyż odpowiednią ścianę pochwy osłania w zupełności założony wziernik.

Sposobem tym operowałem trzy razy, w czwartym zaś przypadku na moją propozycyą wykonał taką operacyą jeden z kolegów w mojej i kilku innych kolegów obecności.

Przypadki te w krótkości podaję:

1) A. A. lat 26. Nr. prot. położnic 83, z r. 1896. Rodziła 5 razy na czasie i prawidłowo. Obecnie rodzi 6ty raz od 3 dni. Badanie wykazało położenie poprzeczne zaniedbane z wypadnięciem rączki lewej, główka płodu po stronie lewej, częścią najniżej ustawioną jest bark lewy. W przeciągu 20 minut wykonałem w powyżej opisany sposób wytrzewienie płodu, który po wypatroszeniu ważył 3400 grm.

Połóg prawidłowy.

2) M. B. lat 35. Nr. prot. położnic 475, z roku 1896. Przybyła na oddział d. 28 czerwca w nocy. Rozpoznanie:

osoba rodząca raz siódmy na czasie, położenie płodu poprzeczne, zaniedbane, z wypadnięciem rączki lewej, postawa pierwsza. Pęknięcie szyjki macicznej całkowite, poprzeczne, a mianowicie ściany przedniej. W uśpieniu chloroformowem wykonałem wyżej podanym sposobem w przeciągu 10 minut wytrzewienie i wydobycie płodu, który po wypatroszeniu ważył około 3300 grm. Przed operacyą ciepłota 38° C., w połogu raz jeden najwyższa ciepłota 38° C. Wyzdrowienie.

3) T. K. lat 33. Nr. prot. położnic 373, z roku 1897. Rozpoznanie: wieloródka, rodząca na czasie, położenie płodu poprzeczne, zaniedbane, z wypadnięciem rączki prawej, postawa druga. Pęknięcie macicy całkowite, płód w całości w jamie brzusznej. Najniżej położoną częścią był bark prawy. W uśpieniu chloroformowem wykonał jeden z lekarzy pracujących na oddziale w obecności mojej i kilku innych kolegów, sposobem wyżej opisanym wytrzewienie i wydobycie płodu. Operacya trwała około 20 minut. Płód po wypatroszeniu ważył około 3300 grm.

Potem wykonano wyłuszczenie macicy drogą laparotomijną; 9-go dnia po operacyi nastąpiła śmierć.

Przypadek czwarty pochodzi z mojej praktyki prywatnej. W kwietniu 1896 r. zostałem zawezwany na wieś, gdzie zastałem wieloródkę, rodzącą na czasie; położenie płodu poprzeczne, zaniedbane, z wypadnięciem rączki lewej, postawa pierwsza. Najniżej ustawioną częścią był boczek lewy klatki piersiowej i bark. I w tym przypadku przy pomocy wiejskiej akuszerki, która doskonale wziernik i szczypczyki trzymała, wykonałem w poprzednio opisany sposób wytrzewienie, a następnie wydobycie płodu w przeciągu kilkunastu minut. Jak mi doniesiono następnie, połóg był prawidłowy.

We wszystkich przypadkach nie napotkano na większe trudności w wykonaniu, a cały zabieg trwał najdłużej 20, najkrócej zaś 10 minut, co w porównaniu z innymi sposobami, używanymi przy położeniach poprzecznych zaniedbanych, przy których operacya w klinikach przy dobrej pomocy trwa niekiedy więcej, niż godzinę, jest rzeczą wielkiego znaczenia: osoby rodzące bowiem w położeniu poprzecznem

zaniedbanem są zazwyczaj mocno osłabione i potrzebują szybkiego rozwiązania.

W czasie wykonywania tych zabiegów można, w celu mechanicznego oczyszczenia, zlewać wodą wyjałowioną pole operacyjne, lub też osuszać pole operacyjne suchymi wyjałowionymi wacikami.

W ten sposób wykonywane w celu pomniejszenia płodu operacye mogą uchronić, przy dostatecznej uwadze, od przeniesienia chorobotwórczych drobnoustrojów z niższych do wyżej położonych części przewodu rodnego, gdyż narzędzia używane pod ciągłą kontrolą wzroku, nie stykają się prawie wcale poprzednio ze ścianami pochwy, lecz wprost zostają użyte w miejscu swojego przeznaczenia; ręce zaś operatora bezpośrednio niewiele stykają się z polem operacyjnem. Ponieważ zaś, na podstawie mojego doświadczenia w tym kierunku, śmiało powiedzieć mogę, że wykonanie tych zabiegów, jak to wyżej opisałem, wcale nie jest rzeczą tak trudną, chociaż wcale nie twierdzę stanowczo, aby w każdym przypadku przeprowadzić go ściśle było można, przeto sądzę, że będę w zupełności usprawiedliwiony, jeśli, w celu zmniejszenia niebezpieczeństwa zakażenia rodzących, zalecę wykonywanie operacyj, służących do pomniejszenię płodu w ten sposób, jak to powyżej dokładnie starałem się opisać.

W końcu niech mi będzie wolno na tem miejscu złożyć WP. Profesorowi Drowi Marsowi serdecznie podziękowanie za łaskawe pozwolenie robienia w tym kierunku prób na materyale oddziałowym, a kolegów zawodowych prosić, aby zechcieli spróbować tego sposobu postępowania w odpowiednich przypadkach.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. J o r d a n: Wykład kol. Kośmińskiego podzielić muszę na dwie części i rozpatrywać go z dwóch punktów widzenia, t. j. pierwsze co do tendencyi, drugie co do techniki. Co do pierwszego, to dążenie dostania się wprost do pola operacyjnego w macicy z pominięciem pochwy dla utrudnienia zakażenia uważam za zupełnie słuszne. Wprawdzie zakażenie przez wprowadzenie jadu z pochwy do macicy jest bardzo rzadkie, jednak dążność uniknięcia tego jest bez wątpienia chwalebną.

Jest to zresztą dążność stara. Wszakżeż piętnujemy jako błąd wprowadzanie świeczki do macicy po palcu bez wziernika, wszakżeż błędem nazwać także musimy wprowadzanie baloników do macicy po ciemku i robimy to i uczymy robić we wzierniku. Dalej usuwanie długo w macicy zalegającego jaja, lub jakiejś jego zatrzymanej części podczas poronienia, robię zasadniczo pod osłoną wzroku we wzierniku. Więc stwierdzam, że zasada, z której kol. Kośmiński wyszedł, znajduje dziś w położnictwie szerokie zastosowanie.

Co do ściślejszych wskazań, to kol. Kośmiński zaleca swoją metodę w 3 przypadkach, t. j. dla trepanacyi, względnie punkcyi, dla dekaptacyi i dla embryulcyi. Nie zwykłem żadnej metodzie odmawiać racyi bytu, dopóki jej nie wypróbowałem, jednak opierając się na wieloletniem doświadczeniu i na wielkiej ilości trepanacyi, jakie miałem sposobność wykonywać, muszę powiedzieć, że wprost nie wyobrażam sobie, żeby główkę wymóżdżoną można było tak łatwo szczypczykami Doyen'owskimi do szpary sromowej sprowadzić. Trepanacye są bardzo różne. Są niektóre, w których to się udać może, ale każdy z Panów przypomni sobie z własnego doświadczenia przypadki, w których dużo się napocił, nim zdołał główkę przeprowadzić przez wchód miednicy, choć kranioklast leżał dobrze na twarzy. Te zabiegi wymagają siły i w tych zresztą najczęstszych przypadkach zawiodą z pewnością Doyen'owskie kleszczyki. Panowie! to, co mówię, opieram przypadkiem na dzisiejszem doświadczeniu. Przywieziono nam dziś do kliniki osobę rodzącą, prawie konającą z powodu pęknięcia macicy przy wodogłowiu. Trzeba ją było w pierwszym rzędzie rozwiązać. Można było tylko myśleć o punkcyi, ale że główka stała wysoko, była nieustalona, a przytrzymać jej nie było można, przeto nie wiedząc zgoła nic o metodzie kol. Kośmińskiego, odsłoniłem główkę wziernikiem, chwyciłem skórę w kilku miejscach kleszczykami Muzeux i przekłułem ją nożycami Naegelego. Mając już szczypczyki na główce, główkę wypróżnioną, o kolosalnie szerokich szwach, i wskazanie do wydobycia dziecka — zacząłem ją naturalnie tymi szczypczykami pociągać. Było ich trzy pary i założyłem je na kość i skórę. Ale jakiż rezultat: oto kości uchwycone wyrywały się łatwo tak, że musiałem chwytać coraz wyżej, jak przy *morcellement* guzów macicznych, wkońcu trzeba było założyć kranioklask. Ten przypadek, Panowie, w którym zresztą było dość warunków do łatwej, nie forsownej ekstrakcyi, pouczył mnie, że pociąganiem główki za pomocą szczypczyków tylko rzadko dojść możemy do celu.

Tu pragnę zwrócić uwagę na jeden szczegół, mianowicie na wskazanie, dla którego tę drogę dzisiaj wybrałem i zawsze-

bym wybrał. Moi Panowie! nie dlatego zakładałem wziernik i używałem do ustalenia główki szczypczyków, żebym się był bał prowadzić rękę i instrumenta wprost przez pochwę i przenieść jad do szyi macicy. Wszak Panowie wiecie z własnego doświadczenia i z literatury, jak minimalną śmiertelność wykazuje kraniotomia, przy porodach należycie przeprowadzonych wykonywana; wiecie nadto, że i starą metodą można wprowadzić instrument, nie dotykajac nawet ściany macicy, t. j. pod skórę wymóżdżonej główki. Wskazanie było tu zgoła inne. Chodziło mi o to, żeby oszczędzić pękniętej macicy urazu i wypróżnić główkę, nie poruszając jej wcala i nie podnosząc do góry. Trzeba ją było ustalić i można to było uskutecznić tylko w ten sposób, jak to uczyniłem.

A teraz po tem, co powiedziałem, zrozumiecie Panowie moje stanowisko, co do embryulcyi. W przypadkach położenia poprzecznego, w których bark głęboko jest wtłoczony w miednicę i płód przez to unieruchomiony, używać będę dalej starej metody. Najlepszym instnumentem tu i gdzieindziej jest bądź co bądź ręka.

Jednak są inne przypadki, w których metoda, której użył kol. Kośmiński dla uniknięcia zakażenia, z innego wskazania odda doskonałe usługi. Są to te przypadki, w których grozi pęknięcie macicy, a płód stoi poprzecznie ponad wchodem tak, że tylko mała część barku jest w miednicy małej. Tu trzeba unikać wszystkiego, co wywołać może pęknięcie macicy, a więc w pierwszym rzędzie podnoszenia płodu do góry. Dlatego zamiast wprowadzać rękę, trzebaby w tych przypadkach odsłonić sobie bark wziernikiem, unieruchomić go szczypczykami i do dalszego zabiegu przystąpić.

Przechodząc wkońcu do dekapitacyi, muszę zaznaczyć, że tu metoda kol. Kośmińskiego będzie najczęściej zbyteczną.

Wreszcie chciałbym zwrócić uwagę na trudności techniczne. Wprawdzie kol. Kośmiński tym sposobem operował na wsi przy pomocy tylko akuszerki, jednak mimo to usprawiedliwiona jest wątpliwość, czy każdy lekarz da sobie radę. Zabieg taki jest bądź co bądź skomplikowany i trudny. Dodajmy, że wymaga on znacznego zwiększenia *armamentarium* położniczego.

Konkluduję: tendencya omijania pochwy w drodze do macicy jest ze wszech miar chwalebna i w położnictwie należycie uznana. Metody, które zaleca kol. Kośmiński, dadzą się użyć z korzyścią w przypadkach kraniotomii i embryulcyi tam, gdzie niema dużej części płodu zaklinowanej w miednicy, ale zaznaczam jeszcze raz, tylko dlatego, żeby płód ustalić bez pod-

noszenia go do góry, żeby w ten sposób zmniejszyć prawdopodobieństwo pęknięcia macicy.

---

## LXXXIX. Posiedzenie z dnia 8 czerwca 1897.

Przewodniczący: kol. Mars, sekretarz: kol. Rosner.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Dalszy ciąg dyskusyi nad wykładem kol. Kośmińskiego.

Kol. Rosner: Po wyczerpującem ocenieniu przez prof. Jordana zalet myśli, poruszonej przez kol. Kośmińskiego, pozostaje mi tylko skonstatować, że się z uwagami temi w zupełności zgadzam i uważam myśl ominięcia pochwy przy operacyach, wykonywanych powyżej, za uznania godną. Ma ona w pierwszym rzędzie zalety teoretyczne. Praktycznie nie będzie ona miała, zdaniem mojem, wielkiego zastosowania i znaczenia. Po pierwsze muszę zauważyć, że te właśnie zabiegi, dla których kol. Kośmiński podaje swoją metodę, dają się w przeważnej ilości przypadków wykonać bez zakażenia wyższych dróg rodnych, i połóg po nich, o ile chora nie była przed operacyą zakażona, przebiegać zwykł prawidłowo. Jest to, o ile mnie się zdaje, następstwem tego, że się nie wprowadza ręki ani narzędzi wysoko do jamy macicy, która po porodzie przedstawia wielce do zakażenia skłonną ranę. W praktyce prywatnej wymagają metody kol. Kośmińskiego dobrych, wyćwiczonych pomocników, których tak rzadko ma się pod ręką, i choć kol. Kośmiński łatwo i szybko przy pomocy gminnej akuszerki wykonał embryulcyą na wsi, to tylko, zdaje mi się, dzięki osobistej zręczności i temu, że przypadek był łatwy. I w klinikach o niezbyt dużym materyale trudno będzie stosować te metody właśnie dlatego, że trzeba przecież uczyć tamtych starych, bez których lekarz w praktyce prywatnej obejść się nie może.

Co do techniki wreszcie, to chciałbym zwrócić uwagę na dwa szczegóły. Po pierwsze nie wiem, czy dla rodzącej jest obojętne długie i mocne ugniatanie pochwy dwoma dużymi metalowymi wziernikami, a powtóre mam wątpliwości, czy w trudniejszych przypadkach kleszczyki, których używa kol. Kośmiński do pociągania wymóżdżonej główki, nie okażą się narzędziem zbyt słabem. Więcej, przyznać się muszę, mam zaufania do kranioklastu. Narzędzie pociągowe tem lepiej działa i tem prawdopo-

dobniej nie wyrwie się, im większą przedstawia powierzchnię przyczepu siły. Kleszczyki Muzeux mają wprawdzie po kilka zębów, tych kleszczyków może być kilka, jednak wszystkie razem przedstawiają małą powierzchnię przyczepu siły. Równa się ona sumie wszystkich zębów, a suma ta niewątpliwie jest mniejsza, niż powierzchnia chwytna kranioklastu. Doświadczenie zresztą pouczy, czy zapatrywanie moje jest racyonalne.

Kol. Braun. Postępowanie, polecone przez kol. Kośmińskiego, może oddać największe przysługi podczas wymóżdżenia główki poprzedzającej, ustalonej. Za pomocą wziernika możemy odsłonić dokładnie brzegi ujścia zewnętrznego macicy, jeżeli główka w szyjce jest umieszczona, a ujście zupełnie nie zanikło, pod kontrolą wzroku uchwycić brzegi ujścia, względnie skórę główki, przeciąć skórę, oddzielić ją od główki i bezpośrednio na odsłonięte kości główki zastosować trepan, osłonięty w ten sposób skórą główki płodu. Dzięki temu nietylko mniejsze warstwy główki mamy do przedziurawienia, ale nadto trepan nie może się tak łatwo ześlizgnąć, a w razie ześlizgnięcia się z główki nie tak łatwo zrani ściany macicy, bo jest dookoła osłonięty skórą płodu oddzieloną.

Jak tego rodzaju postępowanie ułatwia i skraca cały akt przedziurawienia, miałem sposobność przekonać się na kilku przypadkach, gdzie najpierw przecięto skórę, oddzielono ją od kości główki o tyle, ażeby przez otwór w skórze trepan włożyć można było. W ten sposób nietylko trepanem kość główki szybko zdołano przedziurawić, ale trepan nie ześlizgnął się ani razu.— Najmniej może da się zastosować postępowanie kol. Kośmińskiego w przypadkach poprzecznego zaniedbanego, gdzie nieraz z powodu obrzęku rączki wypadniętej i pochwy wązkiej dwóch palców nie można do szyjki płodu doprowadzić, — choć i tutaj w razie odsłonięcia, choćby małego, szyjki łatwiej jest chwycić szyjkę szczypczykami i przecinać warstwę po warstwie, aniżeli objąć szyjkę ręką i wykonać hakiem dekapitacyą.

Nie ulega najmniejszej kwestyi, że sposób polecony przez kol. Kośmińskiego powitać należy jako korzystną modyfikacyą operacyi, zmierzających do pomniejszenia płodu, jak wymóżdżenia, dekapitacyi i wypaproszenia, bo nietylko łatwiej wśród operacyi zastosować postępowanie przeciwgnilne, ale co według mego zdania w tej metodzie jest najkorzystniejszego, to to, że operujemy według metody kol. Kośmińskiego nie po omacku, jak dotąd, ale pod kontrolą wzroku, co jest rzeczą najważniejszą tak ze względu na rodzącą, jak i samego operującego. W ten sposób bowiem łatwiej uchronić siebie i rodzącą od niepotrze-

bnego skaleczenia, bo wszystko, co przecinam, robię pod kontrolą wzroku.

Uznając wiele zalet w postępowaniu kol. Kośmińskiego, pozwoliłbym sobie tylko na zmianę tytułu odczytu, bo po wysłuchaniu odczytu raczej streściłbym go w tych słowach, że jest to modyfikacya w wykonywaniu operacyi pomniejszających płód, aniżeli w tytule „Przyczynek do aseptycznego postępowania w operacyach położniczych“.

Kol. Mars. Zanim kol. Kośmiński odpowie na uwagi, jakie Koledzy wypowiedzieli w sprawie jego postępowania operacyjnego, chciałbym dorzucić słów parę, a to tem więcej, że miałem sposobność operowania jego metodą. Przedewszystkiem zaznaczyć muszę, że gdy mi kol. Kośmiński swoją metodę operowania opowiadał, miałem podobne jak Panowie wątpliwości; skoro go jednak widziałem operującego i sam operowałem jego sposobem, przekonałem się, że moje wątpliwości były niesłuszne. Pole operacyjne daje się wziernikami doskonale odsłonić, szczególniej łatwo wykonać można embryotomią, może nieco trudniej przedstawia się rzecz przy dokonywaniu zmniejszenia pojemności główki płodu i następowem jej wydobywaniu. Co do obawy, że szczypczyki nie dość silnie trzymają, zauważę, że możnaby to powiedzieć, gdyby była użyta tylko jedna para szczypczyków, ale jeżeli w użyciu jest kilka par szczypczyków równocześnie, to uchwycenie części wydobywanej jest bardzo silne. Szczypczyki ujmują nietylko końcami, które posiadają ząbki, ale i ramionami swemi na znacznej długości. Co do mego zdania, to muszę powiedzieć, że postępowanie kol. Kośmińskiego bardzo mi się podoba, że uważam je za bardzo cenne wzbogacenie operacyjnego położnictwa. Może być, że doświadczenie nas pouczy, że w pewnych przypadkach postępowanie kol. Kośmińskiego okaże się niedostatecznem, że trzeba je będzie zmienić jeszcze, poprawić i udoskonalić, to nic nie stanowi, bo gdyby się tylko w pewnych przypadkach nadawało i było lepszem od dawniejszego, to już świadczy o postępie i postęp znaczy. Nie chcę rzeczy przesądzać, tylko pragnę jak najlepiej i jak najgoręcej sposób kol. Kośmińskiego Kolegom polecić, a szczególniej Panom Kolegom pracującym w klinice położniczo-ginekologicznej, aby raczyli go wypróbować i zdanie swoje wypowiedzieć. Niechaj rzecz, która u nas się zrodziła, między nami się dalej rozwinie i udoskonali — oto moje szczere pragnienie.

Kol. Kośmiński. Wobec tak długiej i wyczerpującej dyskusyi niewiele mam do powiedzenia, wypada mi tylko podziękować wszystkim za żywe zainteresowanie się mojem przemówieniem, co uważam sobie za wielkie wyróżnienie.

W szczegóły wchodzić nie będę i na poszczególne zarzuty odpowiadać uważam za nieusprawiedliwione, wobec stosunkowo małej liczby przytoczonych przez siebie przypadków. Zaznaczyć tylko muszę, że daleki jestem od twierdzenia, jakoby wykonanie moim sposobem wymienionych powyż operacyi było we wszystkich przypadkach możliwem, wcale nie, sądzę tylko, iż w pewnej liczbie przypadków wykonać się dadzą z korzyścią dla rodzącej i operatora. Rzeczą dopiero dalszego doświadczenia będzie oznaczyć, w jakich przypadkach udaje się wykonać operacyą w ten sposób, a w jakich przypadkach nie, i co mianowicie największą stanowi przeszkodę.

Nie mogę tylko jednego zarzutu zamilczeć, a mianowicie tego, jaki zrobił kol. Rosner, że pociągając kilkoma nawet parami szczypczyków założonych na główkę płodu wymóżdżonego, nie jest się w stanie silnie pociągać i kleszczyki będą się wyrywać, gdyż według praw fizyki narzędzie tem mocniej trzyma, im większą powierzchnią chwyta. Prawo to fizyki jest całkiem słuszne, a kranioklast chwyta bez kwestyi na większej przestrzeni, aniżeli nawet kilka par szczypczyków razem. Ale cóż my chwytamy kranioklastem, jednę lub dwie kości główki, a co nam się wyrywa przy silnem pociąganiu kranioklastem, pojedyncze kości główki. Otóż ja twierdzę, że założywszy kilka par szczypczyków na kilku różnych kościach główki, będę mógł lepiej i silniej pociągać główkę w całości, jeżeli szczypczyki dobrze trzymają, aniżeli jeżeli pociągam za kranioklast założony tylko na dwie kości główki. Siła bowiem pociągania rozkłada się w pierwszym przypadku na kilka kości główki i te razem równocześnie pociąga się, podczas gdy w drugim przypadku pociąga się tylko za dwie kości, na które kranioklast jest założonym. Otóż mnie się zdaje, że lepiej jest pociągać za kilka kości główki równocześnie, aniżeli tylko za dwie, gdyż w takim razie nie tak często będą nam się kości wyrywać.

---

## XC. Posiedzenie z dnia 26 października 1897.

Przewodniczący: kol. M a r s, Sekretarz: kol. R o s n e r.

Jako goście: kol. Rajmann z Piotrkowa, kol. Beaurain, Czerny, Piotrowski z Krakowa.

Kol. P r z e w o d n i c z ą c y wita gości, obecnych na posiedzeniu.

Kol. Przewodniczący zawiadamia, że przesłał prof. Valencie z Lublany życzenia w imieniu Tow. z okazyi jego jubileuszu i otrzymał od jubilata podziękowanie. Nadto Tow. ginek. peszteńskie przesłało odbitkę Sprawozdania w języku niemieckim i prosi o wzajemność. Polecono kol. Rosnerowi załatwienie tej sprawy.

Po objęciu przewodnictwa przez kol. Jordana wygłosił:

3) kol. Mars: Kilka uwag o nowej instrukcyi dla położnych.

Dawna instrukcya dla akuszerek, która dotąd obowiązywała, wydana przez ministeryum spraw wewnętrznych 4-go czerwca 1881, a którą Panowie dobrze znacie, obejmowała dwie części. W części pierwszej, ujętej w 21 paragrafów, był unormowany społeczny stosunek akuszerki i jej obowiązki w ogólnych zarysach. Drugą część stanowił dodatek zawierający przepisy, podane w postaci rad i pouczenia, jak należy postępować, aby uniknąć przenoszenia gorączki połogowej; przepisy, kiedy należy wzywać lekarza; wreszcie podane były uwagi, jak powinien być prowadzony dziennik porodów przez akuszerkę. Dodatek ten obejmował 10 paragrafów, czyli cała instrukcya wraz z dodatkiem obejmowała 31 paragrafów.

Obecna instrukcya, wydana przez ministeryum spraw wewnętrznych w d. 10 go września 1897 r., przedstawia się zupełnie odmiennie. Przedstawia ona jednostajną całość, zawierającą ścisłe przepisy, obowiązujące akuszerkę. Tu i ówdzie przepisy te są objaśnione, jak je rozumieć i jak ustawę interpretować należy. Całość jest ujęta w 38 paragrafów, z których wszystkie mają cechę rozporządzeń, ściśle obowiązujących, do których nietylko akuszerka jest obowiązaną ściśle się zastosować, ale na mocy których może być do odpowiedzialności pociągniętą, z tytułu każdego paragrafu. — Brzmienie jest zupełnie odmienne i stanowcze, albowiem instrukcya nowa nie zawiera rad i pouczeń, jakie dawna instrukcya zawierała, a które nadawały jej pewną cechę chwiejności i niepewności, ale zawiera ściśle przepisy i rozporządzenia. Wobec tego musimy powiedzieć, że nowa instrukcya

dawną o wiele przewyższa, że nie jest ona tylko uzupełnieniem albo rozszerzeniem dawnej, w miarę i równolegle do nauki, ale jest dziełem nieporównanie doskonalszem, ujmującem sprawy akuszerek w ścisłe granice. Dlatego też sądzę, że ma ona bardzo doniosłe znaczenie, które odbić się musi daleko idącymi skutkami, a mianowicie: uporządkowaniem stosunków i spraw akuszerek, które wiele pozostawiają do życzenia, i podniesieniem w współczesnem znaczeniu tego stanu, czego mu tak niezbędnie potrzeba.

Co się tyczy samej treści nowej instrukcyi, to rozpada się ona na cztery główne działy, które traktują:

Dział I: O obowiązkach osobistych akuszerki, który obejmuje 10 paragrafów;

Dział II: O zachowaniu się akuszerki wobec ciężarnych i rodzących, obejmujący 9 paragrafów;

Dział III: O pielęgnowaniu noworodka i położnicy, paragrafów 7;

Dział IV: O obowiązkach społecznych akuszerki, ujęty w 12 paragrafów.

Na końcu dodane są ustępy z ustawy karnej, które się do akuszerek odnoszą, a nadto objaśnione wzory, jak mają być przepisane notatki i wykazy prowadzone.

Niepodobna mi wchodzić we wszystkie szczegóły nowej instrukcyi, niepodobna mi jej krok za krokiem porównywać z dawną instrukcyą, gdyż to zajęłoby zbyt wiele czasu, a byłoby o tyle zbytecznem, że Panowie, którzy dawną instrukcyą dobrze znacie, czytając nową, z którą się zapoznać koniecznie musicie, różnice te odrazu widzieć będziecie w najdrobniejszych szczegółach.

Ogólnie tylko powiedzieć mogę, że treść nowej instrukcyi jest bardzo wzbogacona i wiele rzeczy zawiera nowych, co już widoczne z tego, że obejmuje ona 38 paragrafów, podczas gdy dawna obejmowała ich tylko 31. Niektóre paragrafy dawnej instrukcyi zostały usunięte, inne na więcej paragrafów rozdzielone, inne wreszcie razem złączone i w jeden paragraf ujęte.

Chcąc Panom Kolegom zdać sprawę o nowej instrukcyi, mogę tylko, prócz tego, co wogóle o jej znaczeniu powiedziałem, zwrócić uwagę na najważniejsze punkta. Co do formy to ta w nowej instrukcyi jest bardzo dobra, pozwala się łatwo rozeznać w całości, przez zaprowadzenie ścisłego podziału treści.

Ustawa ta obowiązuje wszystkie akuszerki, któreby po ogłoszeniu jej dyplom otrzymały od dnia 1-go października 1897 r., dla wszystkich zaś, które przed ogłoszeniem ustawy były dyplomowane, naznaczono rok przejściowy.

W dziale I-szym w paragrafie 2 gim podany jest szereg przedmiotów, które akuszerka ma mieć w swej torbie; przedmioty te są bliżej określone. Cewniki elastyczne, dawniej przepisane, są usunięte; cewnik metalowy ma mieć koniec wypełniony, oliwa karbolowa usunięta, a na jej miejsce wprowadzona lanolina i waselina. Do odrażania polecone zupełnie nowe środki: dwuprocentowy lysol i jednoprocentowy kresol na miejsce dawniej przepisanego pięcioprocentowego roztworu kwasu karbolowego — nadto ma mieć kali hypermanganicum w kryształkach. — Z narzędzi poleca instrukcya, prócz dawniej przepisanych: nożyczki i pilniki do paznogci, dwa termometry, z przyborów zaś: mydło, watę, batyst Billrotha, fartuch i ręcznik.

W paragrafie 3 cim zapowiada instrukcya zaprowadzenie nowych kursów, na które akuszerki po upływie pewnego czasu będą obowiązane uczęszczać, w celu uzupełnienia swych wiadomości.

W paragrafie 4-tym jest zaznaczony obowiązek przedstawienia się, przy rozpoczęciu zawodowej działalności, władzy duchownej w parafii.

Paragraf 5-ty określa tytuł akuszerki i podaje, w jaki sposób może się ogłaszać w dziennikach publicznych.

Paragraf 6 ty obejmuje ogólne uwagi etyczne.

W paragrafie następnym, t. j. 7-mym powiedziano, że akuszerka nie może nikomu pomocy odmówić, nawet osobom, któreby były dotknięte obrzydliwość wzbudzającemi lub zaraźliwemi chorobami. Zakazuje oddalenie się z własnego po-

mieszkania, tak dobrze w dzień jako i w nocy, bez koniecznej potrzeby i bez pozostawienia w domu wiadomości, gdzie ją odszukać można. Wreszcie powiedzianem jest, że pomoc przy porodzie jest obowiązkiem akuszerki, wobec którego inne obowiązki, spełniane koło położnicy lub noworodka, są na drugim planie.

Paragraf 8-my między innemi podaje przepisy, jak pielęgnować i czyścić paznogcie.

Paragraf 9 ty mówi o sterylizowaniu zanieczyszczonych rzeczy, mianowicie sukni i bielizny.

Wreszcie w paragrafie 10-tym, wcale obszernym, w 4 ustępach jest omówione osobiste odrażenie i sposoby przyrządzania płynów desinfekcyjnych. Jak już wyżej zaznaczono, roczczyn 5% kwasu karbolowego jest usunięty.

Jak Panowie z tych uwag widzicie, kwestye, które były w dawnej instrukcyi ledwo zaznaczone, znachodzą tutaj należyte i niemal wyczerpujące omówienie, w należytym porządku, łatwo do przejrzenia zestawione, a nadto znachodzi się bardzo wiele pożytecznych nowych przepisów.

Mimowoli nasuwa się spostrzeżenie, że instrukcya ta pomija zupełnie kwestyą sterylizowania narządzi, które akuszerka w stanie bezgnilnym mieć powinna. Jeżeli w dziale pierwszym tak szczegółowo jest omówione postępowanie wobec zanieczyszczonej bielizny i sukni, jeżeli podane są szczegółowe przepisy, jak akuszerka pielęgnować ma własne ręce i oczyszczać paznogcie, to, sądzimy, powinna być zmianka o sterylizowaniu narzędzi, t. j. nożyczek do pępowiny, cewników, kanek, szczotki i t. d. Zatem idzie i brak wzmianki o naczyniu do gotowaniu narzędzi, o rzeczy tak ważnej i u każdej akuszerki pożądanej. Większość podręczników do nauki służących słusznie wymaga, aby akuszerka w swej torbie miała blaszane naczynie, w któremby narzędzia i przybory wygotowywać mogła. Brak ten dotkliwy, powstał prawdopodobnie przez przeoczenie, tem więcej, ile że w §. 20 wymaga ustawodawca, aby do przecinania pępowiny tylko desinfekcyonowane nożyczki były używane. Żałować także należy, że nie wspomina instrukcya nic o spirytusie, który

jest w nauce do oczyszczania rąk prawie ogólnie przyjęty. Używanie spirytusu po mechanicznem oczyszczeniu rąk, a przed odrażeniem w płynie desinfekcyjnym, daje niewątpliwie większą pewność, że akuszerka ręce sobie dobrze oczyści. Przepisy w tym kierunku, nawet najsurowsze, nie mogą być zbytecznie przesadzone.

W dziale II-gim, który mówi o obowiązkach akuszerki wobec ciężarnych i rodzących, znachodzimy bardzo wiele rzeczy nowych. Bardzo wiele przepisów, jak się ma akuszerka wobec publiczności zachowywać. Wprowadzenie tych przepisów jest bardzo ważne i pożyteczne, poucza bowiem zarazem publiczność, czego od akuszerki żądać może. Brak ścisłości w tym kierunku dawniej dotkliwie czuć się dawał, tem chętniej też ujęcie tych przepisów w jedną obowiązującą całość z radością powitać należy.

Niektóre punkta należy nam podnieść i tak: w paragrafie 11-tym, w myśl istniejącego w nauce kierunku, położony jest nacisk na dokładne badanie zewnętrzne ciężarnych i rodzących i na ograniczenie badania wewnętrznego.

Zupełnie nowo wprowadzone są do instrukcyi przepisy w paragrafach 12 i 13 tym, w których powiedziano, o czem ma akuszerka osoby ciężarne pouczyć, i jak ma być przygotowane mieszkanie dla rodzących.

Paragraf 14-ty zastrzega, że tylko za zezwoleniem władzy może akuszerka rodzące do domu swego przyjmować, a gdyby w nagłym przypadku przyjąć rodzącą musiała, obowiązaną jest bezzwłocznie o tem władzę zawiadomić.

Dalsze paragrafy aż do 19 go omawiają: kwestyą wstrzymania się od wykonywania praktyki, jeżeli akuszerka miała zetknięcie z chorobami zakaźnemi; zakaz podejmowania pomocy podczas porodu u dwu rodzących równocześnie; przepis, że akuszerka wezwana do dwu rodzących, powinna się udać do tej, która ją pierwej wezwała, bez względu na zamożność osoby wzywającej; przepisy tyczące się przygotowania do porodu; sposoby oczyszczenia rodzącej przed badaniem. Wyraźnie wypowiedziany zakaz używania tłuszczów do badania.

Wreszcie w paragrafie 19-tym jest mowa o porodzie.

Dział III-ci obejmuje przepisy, dotyczące zachowania się akuszerki wobec noworodka i położnicy. — To, co powiedziałem wyż ogólnie o dziale drugim, możnaby tutaj powtórzyć.

W paragrafie 22-gim istnieje polecenie donoszenia władzy o każdym przypadku rzerzączki spojówkowej u noworodków.

Paragraf 23-ci zakazuje wyrzucenia popłodu do wychodków lub kanałów, tylko poleca pogrzebanie albo spalenie.

Paragraf 24 ty jest ważny, poleca bowiem akuszerce czuwanie przez 3 godziny po odejściu łożyska, nad zachowaniem się macicy i zwracanie uwagi na to, czy rodząca nie krwawi?

W paragrafie 25-tym znachodzimy przepisy, odnoszące się do pielęgnowania noworodka, a między tymi polecenie, aby akuszerka przed odejściem od rodzącej dała noworodkowi lewatywę. Co do tego ostatniego przepisu nie umiem sobie istotnie zdać sprawy, dlaczego został wprowadzony, albowiem nie wiadomo mi, aby był naukowo usprawiedliwiony, ani też, aby zwyczaj taki w której klinice był praktycznie przeprowadzany. Owszem, jestem zdania, że dawanie lewatyw noworodkom bez wskazania, wszystkim bez wyjątku, jest postępowaniem niekorzystnem i zbyt szablonowem, które niejedno złe przynieść może. Zastosowanie lewatywy jest wprawdzie zabiegiem łatwym i niewinnym, niemniej przeto wydarzają się obrażenia twardą kanką jelita odchodowego, a i zakażenie tą drogą możebne. Czuł to ustawodawca, bo sam na to zwraca uwagę i poświęca dłuższy ustęp na opisanie, jak takie lewatywki noworodkom mają być dawane. Bądź jak bądź, przeciw temu przepisowi głos mój podnoszę, nie w celu krytykowania rzeczy zresztą znakomitej, jaką jest nowa istrukcya, ale w tej nadziei, że dodatkowem rozporządzeniem może ten paragraf będzie zmieniony.

W paragrafie 26-tym mieszczą się przepisy, odnoszące się do pielęgnowania położnicy. I tutaj zaznaczyć muszę brak, a mianowicie: jest mowa o mierzeniu ciepłoty termometrem, a niema wzmianki o liczeniu tętna. Jestem zwolen-

nikiem zasady, że w celu należytego nadzorowania połogu, obok mierzenia ciepłoty ciała, niezbędnem jest równoczesne liczenie tętna. Przyspieszenie tętna wyprzedza często u położnic podniesienie ciepłoty ciała i zwraca uwagę zawczasu na stan nieprawidłowy, który termometrem stwierdzić można nieraz dopiero w godzin kilka lub kilkanaście. Przepis, że akuszerka ma wzywać lekarza dopiero wówczas, skoro ciepłota dosięgnie 38·0° Cels. zdaje mi się niedostatecznym, albowiem przy ciepłocie niższej mogą się powoli rozwijać bardzo poważne zboczenia w połogu, n. p. przy ciepłocie nie dochodzącej do 38° C. możemy mieć tętno do 120 uderzeń na minutę i może się rozwijać poważna w następstwa gorączka połogowa.

Niemniej i dział IV jest w nowe przepisy wyposażony, a dawniejsze ściśle określone.

Zaznaczyć nam wypada dokładniejsze zestawienie w paragrafie 29-tym, kiedy akuszerka ma wzywać lekarza.

W paragrafie 30-tym jest surowy zakaz leczenia chorych i używania instrumentów pod jakimkolwiek bądź pozorem, ma się rozumieć w celach rozwiązania rodzącej.

W paragrafie 31-szym znachodzimy nałożony obowiązek donoszenia władzy o odbytych porodach, a co więcej, obowiązek donoszenia o przypadkach porodów, które się odbyły bez pomocy egzaminowanej akuszerki.

W paragrafie 34-tym zaostrzone zostały dawniejsze przepisy co do oględzin pośmiertnych nieżywo urodzonych płodów. Nowa instrukcya nie pozwala, aby płody, jaja płodowe i zaśniady, nawet do zakładów naukowych były odsyłane, bez poprzednich oględzin lekarskich.

Wreszcie jeszcze należy zanotować, że paragraf 35-ty stanowczo wymaga, aby każda akuszerka prowadziła dziennik, w którym ściśle określone daty mają być zanotowane, niemniej paragraf 36-ty zarządza surowy nakaz przedkładania władzom politycznym przepisanych wykazów.

Jeżeli Panowie do tego opisu dodacie jeszcze wyciąg z ustawy karnej, dwa rozporządzenia ministeryalne i wzory na przepisany dziennik i wykazy, a na końcu spis rzeczy,

będziecie Panowie mieć krytyczny pogląd na nową instrukcyą dla akuszerek.

Jeżeli się teraz nad całością zastanowimy, musimy stwierdzić, że nowa instrukcya nietylko dotyka wszystkich najważniejszych punktów, dotyczących spraw akuszerek, że nietylko wypełnia dotkliwe dotychczasowe braki, ale że stoi na wysokości dzisiejszej nauki, a co więcej, że z całości przebijają nowe kierunki i dalej sięgające myśli. Ustawodawca stawia wobec akuszerki daleko wyższe, aniżeli dawniej, wymagania, a tem samem zaznacza niezbędną potrzebę wyższego i dokładniejszego jej wykształcenia. Wyraźnie zaznacza się dążność dokładniejszego nadzoru i wglądania w czynności akuszerek, albowiem prócz gminy i władz politycznych, musi się jeszcze odnosić akuszerka do miejscowych władz kościelnych. Przez surowy nakaz prowadzenia dzienników i przedkładania wykazów, stwarza ustawodawca ścisłą łączność władzy z akuszerkami i czyni te ostatnie pomocnicami w nadzorowaniu zdrowia publicznego. Bardzo doniosłe jest wreszcie wymaganie należytego wykształcenia zawodowego, zwrot ku szkole, zapowiedź urządzenia nowych kursów uzupełniających dla dyplomowanych akuszerek.

Kończąc moje uwagi, niech mi wolno będzie wyrazić szczere życzenie, aby władze wykonawcze z taką siłą i energią nowe przepisy w życie wprowadziły, z jaką siłą i energią nową instrukcya ustawodawca układał.

W dyskusyi zabierał głos kol. Jordan, który zgadzając się na wywody prelegenta, radzi odłożyć rozprawę aż do czasu, kiedy wszyscy mieć będą instrukcyą tę w rękach.

4) Kol. Mars: przedstawia chorą z *kraurosis vulvae*.

Pacyentka nie jest jeszcze dostatecznie zbadana, ponieważ jednak badanie przedmiotowe jest bardzo interesujące, a potem mógłby się zmienić obraz chorobowy, zatem pragnie ją przed leczeniem kol. M. przedstawić, aby koledzy mogli porównać stan późniejszy z obecnym. Przy innej sposobności poda szczegóły, na razie tylko zaznacza, że chora okazuje wybitny obraz marskości przedsionka sromowego (*kraurosis*

*vulvae*) wraz z właściwymi objawami podmiotowymi. Zmiany w przedsionku przechodzą na wypuklającą się tylną ścianę pochwy. Wprowadzenie palca do pochwy utrudnione i bolesne. Pochwa zgrubiała, w dotknięciu skórzasta, podeszwowata, nie dająca się na boki przesuwać. W górnej połowie przedniej ściany pochwy, na 3 centimetry od wnijścia pochwowego, guz wielkości dużej spłaszczonej śliwki, sterczący poprzecznie do pochwy, zbity, nierówny. W szczycie pochwy i w tylnem sklepieniu drobne guzowatości, części pochwowej, jako takiej, wybadać nie można. Badanie zestawione przez pochwę przeprowadzić się nie daje z powodu niepodatności jej ścian. Po wyjęciu palca odpływ gęstej, krwawej, brudnej wydzieliny. Badanie zestawione, dokonane przez odbytnicę i powłoki brzuszne, wykazuje od przodu walcowatą, spłaszczoną pochwę, z wyraźnem zgrubieniem ku górze; na szczycie jej małe ciało macicy, przegięte ku stronie prawej i ku tyłowi ku zatoce krzyżowo-biodrowej prawej.

Trąbki, jajniki, więzy okrągłe nie okazują nic osobliwego, więzy szerokie u podstawy nie naciekłe.

W celu bliższego zbadania chorej, kol. Mars ma zamiar wyciąć kawałek skóry z przedsionka, jak niemniej kawałek guza pochwowego. Badanie drobnowidowe rzecz rozstrzygnie, na razie jednak przypuszcza, że zmiany w pochwie wybadane mogą być objawami późnej kiły, za czem przemawia okoliczność, że wywiady budzą podejrzenie, iż chora kiłę przebyła i dlatego kol. M. ma zamiar przez czas jakiś podawać *kali jodatum*. Czy zmiany w pochwie i w przedsionku sromowym są od siebie zależne, nie umie tego rozstrzygnąć, raczej przechyla się ku temu, że zmiany te przypadkowo równocześnie obok siebie istnieją.

Kol. M. obiecuje przedstawić chorą ponownie, gdyby zaszły u niej jakie zmiany, a względnie opowiedzieć przebieg choroby wraz z uwagami, jakie mu się nasuną.

Przemawiali:

Kol. R o s n e r nie widział nigdy podobnego przypadku, nie może więc mieć żadnego, na doświadczeniu opartego zdania.

Uwzględniając wszelako to, co widzi, i to, co czytał, porusza myśl, czy cierpienie to nie jest raczej *lupus vulvae.*

Kol. Kośmiński odpiera to przypuszczenie i zwraca uwagę, że brak guzków i brak ciągłości między sprawą w przedsionku a w szyi macicznej przemawia przeciw temu.

Kol. Mars: Ponieważ kol. Rosner już w rozmowie prywatnej zwrócił uwagę na możność *lupus vulvae*, przeto badał dokładniej i potwierdza wywody kol. Kośmińskiego, sprzeciwiające się temu rozpoznaniu. Podobnie jak kol. Kośmiński, nie widzi ciągłości i sądzi, że część pochwy jest wolna od sprawy chorobowej. Również nie widzi w przedsionku blizny, a raczej marskość i pęknięcie aż do tkanki podśluzowej. Są to *placques* odpowiadające *kraurosis.* Wreszcie co do *syphilis*, to nie przypuszcza, żeby cała ta sprawa odpowiadała temu cierpieniu; co najwyżej, szyja maciczna mogłaby okazywać *lues*, a przedsionek może na tle tego cierpienia *kraurosis.*

Kol. Jordan wyraża podziękowanie za przedstawienie tak zajmującego przypadku i życzenie, żeby po zbadaniu histologicznem zmian w przedsionku i w szyi prelegent raz jeszcze sprawę tę poruszył.

5) Kol. Mars: Uklej włóknisty u ciężarnej.

Przypadek odnośny dotyczy wieloródki, która już podczas 5-tej ciąży okazywała podśluzowego włókniaka wielkości orzecha leszczynowego, usadowionego w ścianie szyi macicy po stronie lewej. Poród i połóg przebiegał wówczas prawidłowo, a po zwinięciu się macicy można było zauważyć, że włókniak wypukla się więcej ze ściany macicy pod błonę śluzową, aniżeli to podczas ciąży miało miejsce. Radzono guzek usunąć, pacyentka się jednak na to nie zgodziła, gdyż żadnych objawów nie spostrzegała.

W kilka miesięcy zaszła w ciążę ponownie. W 6 tym miesiącu księżycowym ciąży zgłosiła się znów, wielce zaniepokojona czerwonemi plamami, które w ciągu obecnej ciąży od czasu do czasu się pojawiają.

Badanie wykazało, że włókniak powiększył się do wielkości orzecha włoskiego, że wytworzył się uklej usadowiony na bardzo grubej szypule, który sterczy przez ujście zewnętrzne macicy ku pochwie. Radzono usunięcie ukleja; gdy atoli rodzina chorej się obawiała, że zabieg może wywołać

przedwczesną czynność porodową, odbyła się narada lekarską w celu rozstrzygnięcia pytania: czy lepiej usunąć ukleja zaraz, czy też dopiero na końcu ciąży? Zgodzono się na zdanie ostatnie.

Kol. Mars po podwiązaniu szypuły odciął ukleja. Zabieg nie wywołał żadnych objawów ze strony ciąży; — po 8-miu dniach odpadła resztka szypuły wraz z podwiązką. Poród i połóg na czasie prawidłowy.

Uzyskany preparat okazuje włókniaka podśluzowego (*fibroma prolapsum*) wielkości orzecha włoskiego. Na szczycie guza widać owrzodzenie wielkości 20-sto halerzówki, o dnie nierównem, pokrytem nekrotycznymi strzępami. W miejscu owrzodzenia brak błony śluzowej, a dno owrzodzenia stanowi odsłonięta powierzchnia włókniaka, który prawpopodobnie tą drogą byłby był w przyszłości dobrowolnie wykluczony. (Podczas badania palcem wrzodu tego czuć nie było, a wziernika do badania nie używano).

Kol. Mars sądzi, że owrzodzenie takie podczas porodu mogłoby być źródłem zakażenia i dlatego w podobnym przypadku uważa jak najspieszniejsze usunięcie ukleja za wskazane.

---

## XCI. Posiedzenie z dnia 23 października 1897.

Przewodniczący: kol. Mars. Sekretarz: kol. Rosner.

Jako goście: kol. Ackermann, Beaurain i Piotrowski.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. Świtalski okazuje szpilkę podwójną, wyjętą z pęcherza moczowego kobiety.

Zeszłego roku szkolnego wydobyto w klinice również taką samą szpilkę z pęcherza młodej dziewczyny, która tam się dostała podczas onanizowania. W obu przypadkach chore zgłosiły się dopiero w trzy miesiące po wprowadzeniu szpilki; podczas gdy w pierwszym przypadku szpilka była pokryta tylko złogami soli, to w drugim wytworzył się kamień, wiel-

kości orzecha włoskiego, dokoła zagiętej części szpilki. W obu przypadkach wydobyto szpilkę przez cewkę moczową w ten sposób, że najpierw za pomocą rozszerzadeł Hegara rozszerzono cewkę moczową tak, że można było swobodnie wprowadzić do pęcherza palec wskazujący i wybadać położenie szpilki.

W obu razach końce obu ramion szpilki były zwrócone ku ujściu cewki moczowej, w pierwszym przypadku były zupełnie wolne, w drugim jeden był wbity w ścianę pęcherza.

Pod kontrolą palca uchwycono następnie wąskimi szczypczykami (*tire-balle*) najpierw jeden, a potem drugi koniec szpilki i w ten sposób z łatwością je wydobyto.

W drugim przypadku przed wydobyciem szpilki zmiażdżono kamień, a po uchwyceniu końca wolnego przez wysunięcie szpilki ku górze uwolniono drugi koniec ze ścianą pęcherza.

Pomimo że cewka moczowa była tak znacznie rozciągnięta, w obu przypadkach *incontinentia urinae* utrzymywała się tylko przez kilkanaście godzin, poczem pacyentki bez żadnych dolegliwości oddawały mocz i po kilku dniach zupełnie zdrowe opuściły klinikę.

Mówiąc o tym przedmiocie, muszę wspomnieć o ciekawym przypadku, opisanym przez Schatza. Dziewczyna onanizując się, wprowadziła sobie szpilkę podwójną do cewki moczowej. Szpilka zatrzymala się w cewce, a właścicielka jeden jej koniec wyczuwała w ujściu cewki moczowej. Chora doznawała przytem parcia na mocz i czasami kłucia podczas chodzenia.

W kilka miesięcy od wprowadzenia szpilki wystąpiło bardzo silne parcie, a wezwany lekarz znalazł w okolicy ujścia cewki moczowej koniec wielkiego kamienia, który w dwie godziny potem wśród krwawienia siłami natury na zewnątrz został wydalony. Kamień kształtu spłaszczonej gruszki, długości 8 ctm., o największym obwodzie 14 ctm. ważył 100 gr.

Podobnie długi kamień, ale cieńszy, utworzył się w przypadku Mazaria. Przyczyną wytworzenia się kamienia była tutaj igła do szycia, która została wprowadzona do cewki. Po roku igłę bardzo zardzewiałą wydobyła sobie sama pacyentka z pochwy. Kamień wytworzył się pomiędzy cewką a pochwą i został przez cewkę wydobyty.

W dyskusyi przemawiali:

Kol. Mars miał sposobność raz wykonywać podobny zabieg, który zresztą nie należy do rzadkości. Postąpił sobie wówczas tak, że tępym haczykiem zaczepił o miejsce zagięcia szpilki podwójnej i bez trudności ją wydobył. Przypomina, że jeden z francuskich autorów podał w celu ułatwienia tego zabiegu osobny, praktycznie pomyślany, instrument.

Preparat podobny do tego, który dziś oglądamy, pokazywał na jednym z naszych Zjazdów Załoziecki z Czerniowiec, a Neugebauer zebrał bogatą statystykę.

Kol. Świtalski. Przy wyjmowaniu mogą być pewne trudności, które zależą przedewszystkiem od ułożenia szpilki. Haczykiem, jak to uczynił kol. Mars, można tylko wtedy z dobrym skutkiem operować, jeśli zagięcie szpilki zwrócone jest ku ujściu cewki. W naszych przypadkach nie miało to miejsca, a nawet w pierwszym jedno ramię szpilki było wbite w ścianę pęcherza, tak, że trzeba było, rozpoczynając zabieg, wyjąć je z tej ściany.

3) Kol. Świtalski: „Przypadek zmian gruźliczych w częściach dodatkowych macicy“.

Zanim przystąpię do przedstawienia preparatu, wspomnę Panom w krótkości o przebiegu choroby.

Pacyentka, lat 30, rodziła raz w marcu 1896 r. prawidłowo. W ostatnich miesiącach wystąpiły silne bóle dołem i w krzyżach, stale się utrzymujące, które czyniły chorą niezdolną do wszelkiej pracy. Regularność w tym czasie obfitsza, niż dawniej, występuje co miesiąc; ostatnia w połowie września.

Badanie wykazuje macicę większą, ułożoną ku tyłowi; po stronie prawej guz, wielkości pięści, twardości włókniaka, o powierzchni jednak nie całkiem gładkiej, dający się dosyć ściśle odgraniczyć, tkliwy. Guz ten stoi w bardzo ści-

słym związku z macicą i podobnie jak ona jest bardzo mało ruchomy. Po stronie lewej można wybadać powiększony i nieruchomy jajnik. Na podstawie tego badania rozpoznano (prawdopodobnie) włókniaka macicy, a ze względu na znaczne dolegliwości postanowiono wyciąć macicę przez pochwę.

Dnia 21/X 1897 r. otworzono bez trudności przednią i tylną zatokę Douglasa, poczem stwierdzono, że na otrzewnie wyścielającej zatokę Douglasa, znajdują się bardzo liczne guzki, że części dodatkowe macicy po stronie prawej są bardzo znacznie zmienione i pozrastane z otoczeniem, a na szczycie z jelitami. Przypuszczono więc, że obok włókniaka znajdują się zmiany zapalne w częściach dodatkowych i to przyrody gruźliczej.

Wobec trudnego rozpoznania topografii z powodu znacznych zrostów, przystąpiono do wykonania laparotomii. Po otwarciu powłok brzusznych pokazały się tak wielkie zmiany w częściach dodatkowych macicy, zwłaszcza po stronie prawej, że gdyby już nie rozpoczęto operacyi od strony pochwy, poprzestanoby na laparotomii próbnej.

Trąbka i jajnik po stronie prawej bardzo znacznie zmienione, pozrastane ze ścianami miednicy, z jelitami (pozlepianemi między sobą), zlane są w jedną całość z guzem, przy prawym brzegu macicy się znajdującym. Po stronie lewej trąbka zgrubiała, połączona, podobnie jak i jajnik, z otoczeniem licznymi zrostami. Otrzewna ścienna i jelitowa w dolnej części brzucha obsiana gruzełkami.

Po rozpatrzeniu się w topografii przystąpiono najpierw do oddzielenia jelita; pomimo że robiłem to bardzo oględnie i na tępo, ściana jelita w miejscu zrostu, zajęta w całej swej grubości przez naciek gruźliczy, przedarła się na wylot. Otwór w jelicie zeszyłem zaraz dwoma piętrami szwu ciągłego i szwem Lemberta.

Następnie z bardzo wielką trudnością pooddzielano zrosty, łączące guz trąbkowo jajnikowo-maciczny ze ścianami miednicy, podwiązano górną część więzadła podwiązkami i przepalono przyżegadłem Pacquelina. Wobec lichego stanu pacyentki, postanowiono dalszą część operacyi jak najprędzej

wykonać. W tym celu założono od strony pochwy jeden pince Richelota na dolną część więzadła szerokiego po stronie prawej, drugi na całe więzadło szerokie po stronie lewej, poczem macicę wraz z guzem odpalono i przez pochwę wydobyto.

Część trąbki lewej i jajnik lewy pozostawiono, gdyż z powodu bardzo znacznych zrostów nie można było założyć kleszczyków poza nimi.

Po oczyszczeniu pola operacyjnego i osłonięciu końców kleszczyków paskami wyjałowionej gazy zeszyto powłoki brzuszne.

Przebieg pooperacyjny był względnie bardzo pomyślny; pacyentka do 31/X nieregularnie gorączkowała (najwyżej 39·3), poczem dalszy przebieg był bezgorączkowy i bez żadnych dolegliwości.

Dnia 15/XI z małą wypociną po stronie prawej chora opuściła klinikę.

Przedstawiam preparat: macica długości około 9 ctm., o ścianach grubszych. Przy prawym brzegu macicy znajduje się guz, w skład którego wchodzi trąbka bardzo znacznie zmieniona, przebiegająca łukowato od tyłu ku przodowi i dołowi tak, że koniec jej brzuszny, zarośnięty, przyczepia się do przedniej powierzchni macicy od strony prawej, w wysokości ujścia wewnętrznego. Ściany trąbki znacznie zgrubiałe, twarde. W górnej swej części przy macicy trąbka prawa grubości ołówka, w miarę zbliżania się do jej końca brzusznego grubieje, tworząc na końcu guzek, wielkości orzecha włoskiego.

Pomiędzy łukiem utworzonym przez trąbkę a prawą stroną macicy znajduje się guz, wielkości małego jabłka, wypełniony treścią ropiasto serowatą. Po wydaleniu treści jama pozostała jest kształtu nieregularnego, o ścianach bardzo strzępiastych, wśród których tu i owdzie znajdują się ogniska serowate. Część jamy od strony lewej leży wśród ściany macicy, w tem miejscu znacznie zgrubiałej (do 4 ctm.), a resztę jej otoczenia stanowią znacznie zmienione blaszki więzadła szerokiego, a od strony prawej trąbka, z którą je-

dnak ta jama bezpośrednio nie łączy się. Błona śluzowa macicy przedstawia się prawidłowo.

Badanie drobnowidowe kawałka macicy, wyciętego z otoczenia jamy, dało wynik następujący. W części, bezpośrednio przylegającej do jamy, budowa jest całkiem zamazana (tk. znekrotyzowana), w dalszym ciągu w całym kawałku (około $^3/_4$ ctm. grubym) znajduje się naciek drobnokomórkowy, wśród którego spostrzega się bardzo wyraźne gruzełki. W ścianie trąbki znajdują się te same zmiany.

Przypadek ten jest pod kilku względami ciekawy. Mamy tu bowiem zmiany gruźlicze w obu trąbkach i ropień gruźliczy, częścią usadowiony w tkance okołomacicznej prawej, częścią zaś w samym miąższu macicy. Miejscem, w którem gruźlica się najpierw rozwinęła, była najprawdopodobniej trąbka prawa (tu bowiem były zmiany największe), a stąd sprawa chorobowa rozszerzyła się z jednej strony na otrzewnę, a z drugiej na tkankę okołomaciczną i macicę, gdzie przyszło do wytworzenia się ropienia gruźliczego.

Operacyą w przypadku tym rozpoczęto od pochwy i może być, że w dalszym ciągu z wielką trudnością udałoby się nam było przy pomocy kleszczyków wyciąć macicę wraz z częściami dodatkowemi, ale coby się było w tym razie stało z jelitem? Przedarcie jelita byłoby niewątpliwie nastąpiło, czegoby przy zabiegu od strony pochwy z pewnością nie spostrzeżono, gdyż jelita, pozlepiane w jeden kłąb i wysoko ułożone, tak niskoby się ściągnąć nie dały, by otwór ten w jelicie można było zobaczyć i zeszyć.

Chora byłaby niewątpliwie zmarła na *peritonitis*. Operując więc w dalszym ciągu od strony jamy brzusznej, uratowało się pacyentkę od niechybnej śmierci. Przypadek ten poucza nas więc, że w razie znacznych zrostów, zwłaszcza z jelitami, zawsze jest pewniej operować od strony jamy brzusznej; w przypadkach zaś zapaleń gruźliczych powinno się zawsze tylko tę drogę obierać. Już bowiem przed dwoma laty przedstawiłem tutaj Panom przypadek pierwotnego zapalenia gruźliczego trąbek, gdzie obie trąbki zrośnięte ze sobą przyczepione były do pęcherza, a naciek gru-

źliczy z trąbek rozszerzył się prawie na całą grubość ściany pęcherza tak, że musiałem robić resekcyą nacieklej części pęcherza, usuwając w ten sposób ognisko, z któregoby dalej mógł się rozszerzać proces gruźliczy.

Przy operacyi od strony pochwy prawdopodobnie byłoby się to nie udało.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Mars: Co do natury zmian w trąbce, to zachodzi pytanie, czy to jest *salpingitis interstitialis*, czy też to są bardzo zgrubiałe ściany, które otaczały ropień. Interesującym jest ten szczegół, że tu przerwało się jelito, co dowodzi, że musiał być istotnie naciek w jego ścianie, gdyż, jak wiadomo, błona mięsna nie tak łatwo się przerywa.

4) Kol. Mikucki: Przypadek skręcenia szypuły guza jajnikowego.

Skręcenie szypuły torbieli jajnikowych nie należy do rzeczy rzadkich, często bowiem podczas operacyi znajdujemy szypułę skręconą nieraz o 180° bez towarzyszących temu powikłaniu znanych następstw. Wszak już samo wydostawanie się guza jajnikowego z miednicy małej wskutek wzrostu, pociąga za sobą skręcenie szypuły o 90°. Częstość tej bądź co bądź ważnej komplikacyi oceniają różni autorowie różnie, i tak Olshausen na 10% wszystkich przypadków, Schauta podaje 20%, Thorn 30%, a Mickwitz z kliniki dorpackiej nawet 47%. Naturalnie główną rolę w tem powikłaniu odgrywa, prócz szybkości powstawania tejże, ilość skrętów szypuły, bo jasnem jest przecież, że tylko od tych dwóch czynników zależny jest cały szereg następstw, jak przekrwienie bierne, wynaczynienia do wnętrza i ścian torbiela, zapalenie otrzewny etc. Zazwyczaj znachodzimy skręcenie od 180°—360°, silniejsze należą już do rzadszych zdarzeń, chociaż 2½-krotne, a nawet 3-krotne skręcenia, t. j. o 1080° są w piśmiennictwie wzmiankowane.

Podobny przypadek bardzo silnego okręcenia szypuły miałem sposobność obserwować w klinice Prof. Jordana i pozwolę sobie przypadek ten pokrótce Panom opowiedzieć.

Chora A. J., lat 32, zamężna, rodziła 5 razy na czasie i prawidłowo, ostatni raz przed $1^{1}/_{2}$ rokiem. W połogu nie chorowała, karmiła sama ostatnie dziecko przez 15 miesięcy. Miesiączkuje prawidłowo; przed 8 miesiącami zauważyła chora mały guz w lewej stronie brzucha, guz ten powoli wzrastał aż do ostatnich czasów; od chwili wzrastania owego guza chora miewała bóle w brzuchu i krzyżach, a gdy te dolegliwości się nieco wzmogły koło 31. X., przywołana babka wymasowała jej brzuch silnie, co wywołało silniejsze jeszcze bóle, dreszcze i gorączkę.

W chwili przyjęcia chorej do kliniki, znaleziono stan następujący:

Osoba niska, dość dobrze zbudowana i odżywiona, o ciepłocie podniesionej (38·5°), tętnie szybkiem (124). Płuca i serce prawidłowe; w moczu mała ilość białka. W brzuchu znajduje się guz wielkości głowy dorosłego człowieka, kulisty, mało ruchomy, sięgający w podżebrze prawe, wyraźnie chełboczący, bardzo bolesny. Guz ten od spojenia daje się oddzielić, a od jego dolnego odcinka biegnie wgłąb miednicy napięty postronek, jak gdyby szypuła. Wypuk na całej powierzchni guza stłumiony.

Wewnętrznie wybadać było można macicę większą w tyłopochyleniu, trzonem zwróconą nieco ku stronie prawej i ku górze wyciągniętą, sklepienia wolne, a tylko po stronie lewej koło macicy jajnik. Szypuły idącej od guza do rogu macicy nie udało się wykazać, a wybadalny tylko od zewnątrz postronek nie był szypułą.

Rozpoznanie brzmiało: *cystis ovarii dextri torsio trunci, retro-dextroversio et elevatio uteri aucti, irritatio peritonei.*

Z powodu wystąpienia regularności na drugi dzień po przyjęciu chorej do kliniki, wstrzymano się z wykonaniem operacyi. Chora przez ten czas gorączkowała (najwyższe wzniesienie ranne 38·1°, wieczorne 38·7°) i miewała jeszcze bóle w brzuchu, które jednak zmniejszały się powoli. W tydzień później wykonał Prof. Jordan laparotomią. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono guz, cały połączony świeżemi zlepami z otrzewną ścienną, jelitową i z siecią. Po oddzieleniu

zlepów, co poszło łatwo, wytoczono cały guz przed powłoki i teraz przekonano się, że guz ten jest to torbiel, wychodzący z jajnika prawego, uszypułowany, a szypuła uległa skręceniu od strony prawej ku lewej o 720° (dwa pełne obroty). W skład szypuły wchodzi (prócz zwykłych składników) trąbka, znacznie wydłużona do 18 cm. w zewnętrznym odcinku silnie przekrwiona i obrzękła. Macica w tyłopochyleniu i elewacyi, przydatki strony lewej prawidłowe, jajnik lewy nieco obniżony. Otrzewna ścienna silnie przekrwiona, obrzękła, miejscami przyćmiona, otrzewna jelitowa prócz kilku miejsc przekrwionych, prawidłowo się przedstawia, sieć tworzy kłęb pozlepiany, we fałdach jej małe skrzepy krwi; pomiędzy jelitami trochę krwi płynnej. Szypułę po odkręceniu przecięto nożyczkami poniżej miejsca skręcenia, a więc w zdrowej tkance, naczynia krwionośne szypuły pochwytano i popodwiązywano każde z osobna, a brzegi otrzewnowe szypuły zeszyto katgutem. Toaleta — zaszycie powłok. Przebieg pooperacyjny był bardzo pomyślny, prócz jednorazowego podniesienia się ciepłoty na trzeci dzień do 38·6°, zresztą żadnych zaburzeń. Objawy zapalne ze strony otrzewnej zupełnie ustąpiły, rana brzuszna zgojona doraźnie a chora dziś jest rekonwalescentką.

Wydobyty torbiel ważył wraz z zawartością 2640 grm., barwy wiśniowej, o powierzchni przyćmionej, pokrytej miejscami świeżym nalotem włóknikowym, na przekroju okazał się jednokomorowym, lecz wystające na wewnętrznej powierzchni listwy, świadczą o poprzedniem istnieniu przegród i kilku komór. Treść torbiela przedstawiała się jako płyn krwawo-brunatno zabarwiony. Ściana torbiela grubości 1 cm. barwy wiśniowej na przekroju, w miąższu jej jakoteż trąbki duże wynaczynienie krwi.

W powyższym przypadku najprawdopodobniejszą przyczyną skręcenia szypuły było masowanie brzucha, dokonane nieumiejętną ręką. Pozwoliłem sobie przypadek ten Panom przedstawić, gdyż zasługuje, mojem zdaniem, na wzmiankę ze względu na stopień skręcenia szypuły i zmiany, jakie to powikłanie wywołało. I na tym przypadku sprawdziła się

zasada Küstnera, że szypuła guza prawego jajnika ulega skręceniu od strony lewej ku prawej i odwrotnie.

Kol. Świtalski. Druga to już pacyentka u nas obserwowana, u której po nieumiejętnem mięsieniu, wykonanem przez babkę wiejską, wystąpiły objawy skręcenia szypuły i zapalenia otrzewny. Te dwa, w klinice zauważane przypadki, pouczają nas, że czas, w którym się wykonywa zabieg w tych razach, nie jest obojętny. Pierwsza z pacyentek leżała przez 3 tygodnie w oddziale Iszym Szpit. św. Łazarza, zanim została przeniesiona do kliniki ginekologicznej. Objawy zapalenia otrzewny były u niej wyraźnie rozwinięte i mimo, że przystąpiono natychmiast do zabiegu — zejście śmiertelne nie dało się odwrócić.

Kol. Rosner wspomina o przypadku, w którym podczas operacyi zauważono wyraźne zapalenie otrzewny jako następstwo skręcenia szypuły u osoby trzeci miesiąc ciężarnej. Przebieg pooperacyjny był idealny, co za tem przemawia, że zapalenia otrzewny w tych przypadkach skręcenie szypuły są etiologicznie różne, a co za tem idzie, i rokowania w nich rozmaite.

Kol. Mars. Przypadki skręcenia szypuły nie są częste, a etiologia ich często niejasna. Gdzie siła jakaś działała od zewnątrz, jak w tych dwóch klinicznych przypadkach, gdzie nadto i bez działania tej siły skręcił się torbiel o niejednostajnem utkaniu, a więc cięższy z jednej strony, niż z drugiej, tam rzecz nietrudno zrozumieć. Częste jednak skręcenia guzów jednokomorowych w przypadkach, w których nie działała żadna siła od zewnątrz, nasuwają myśl, czy tu ruch robaczkowy jelit nie odgrywa ważnej roli.

Kol. Świtalski zgadza się z uwagami kol. Marsa i zwraca uwagę, że większość autorów przypisuje znaczenie ruchowi robaczkowemu. Zna przypadek, w którym torbiel jednokomorowy uległ skręceniu szypuły w chwili, w której pacyentka podczas zabawy tańcującej wykonała jakiś żywszy ruch.

5) Kol. Doliński: Przypadek porodu z macicy dwurożnej.

T. R., lat 43 licząca, zam. rodziła 6 razy, z tego trzy razy prawidłowo. Dwa razy wykonywano u niej zabiegi, których bliżej nie jest w stanie opisać, przy ostatnim zaś porodzie w dniu 13 sierpnia 1896 r. wykonano wobec położenia poprzecznego zaniedbanego, obrót płodu. Podczas ostatniej ciąży była zdrową, dokuczały jej tylko przypady uciskowe, będące następstwem dużej ilości wód płodowych.

Bóle porodowe miały się rozpocząć na 16 godzin przed przybyciem do kliniki, t. j. 19 października b. r. o godz. 12 w południe, a wody miały odpłynąć tegoż dnia o godz. 10 wieczorem.

Chorą przywieziono dnia 20 października o godz. 4-tej rano do kliniki i tu badanie wykazało, co następuje: Budowa i odżywienie dobre, ciepłota 36·7, tętno 68; dość znaczny nieżyt oskrzelowy. Brzuch znacznie wypuklony, mierzy w obwodzie, mimo, że wody już odpłynęły, 105 cm. Macica ma kształt niezwykły. W jej dnie spostrzedz można zaklęśnięcie, wskutek którego dno macicy podzielone jest na dwie części: prawą i lewą Pierwsza z nich jest znacznie większa i mieści w sobie części płodowe. Pierścień skurczowo przebiega w wysokości pępka ukośnie od strony lewej i góry na dół i ku stronie prawej. Położenie płodu jest poprzeczne, grzbietowe, pierwsze, zaniedbane; prawy bark wtłoczony silnie do cieśni miednicy. Tętna płodu nie słychać; macica jest silnie około płodu obkurczona. Szyja macicy zupełnie rozwarta. Miednica obszerna. Dist. spin. 28 cm., dist. crist. 30·5 cm., dist. troch. 33 cm., Conj. externa 22 cm., obwód miednicy 98 cm.

Rozpoznano grożące pęknięcie macicy przy położeniu poprzecznem zaniedbanem i płodzie nieżywym.

Przystąpiono natychmiast do rozwiązania. Ponieważ szyja płodu była niedostępna, musiano wykonać embryulcyą, poczem sprowadzono obie nóżki i wydobyto płód.

Bezpośrednio po wydobyciu płodu zmienił się kształt macicy tak, że obecnie oba rogi macicy, mniej więcej jednakowo wielkie i wybitny między nimi rowek, można było łatwo stwierdzić dotykaniem, a nawet, dzięki nader wiotkim powłokom brzusznym, i oglądaniem. Rozpoznanie macicy dwurożnej nie ulegało żadnej wątpliwości. Stwierdziło je wreszcie badanie bezpośrednie ręką, którą wprowadzono do macicy, celem przekonania się, czy nie ma pęknięcia. Ręką tą można było wykazać istnienie wyraźnego grzebienia w miejscu, odpowiadającem zaklęśnięciu dna, który to grzebień rozgranicza od siebie dwa rogi macicy. Lewy róg nie

zawiera łożyska, które w całości mieści się w rogu prawym. Zajmującym jest ten szczegół, że z rogu prawego można przejść rozszerzonem ujściem macicznem trąbki do zaułka, w którym leży odcinek łożyska. Z tego zaułka trąbkowego łożysko nie dało się w całości wydobyć.

W połogu uderzało niejednakowe zwijanie się obu rogów. Z początku róg prawy, który był siedzibą łożyska, zwijał się znacznie szybciej od lewego, potem jednak zmieniły się role tak, że po dziesięciu dniach róg lewy był dobrze zwiniętym i prawie dwa razy mniejszym od prawego.

W czternastym dniu połogu wystąpił krwotok, który, jak badanie wykazało, był następstwem wytworzenia się ukleja łożyskowego w prawym rogu macicy. Uklej ten wyskrobano, poczem połóg przebiegał już bez zaburzeń tak, że w siedm dni po tym zabiegu pacyentka wyleczona mogła opuścić klinikę.

Aczkolwiek porody z macicy dwurożnej nie należą do zdarzeń rzadkich. jednak opisuję ten przypadek dlatego, że sądzę, iż niektóre szczegóły są interesujące i niezwykłe.

Kol. Świtalski udziela jako operujący w tym przypadku bliższych wyjaśnień co do ułożenia łożyska.

Kol. Rosner wspomina o porodzie z macicy jednorożnej. W przypadku tym wprowadził rękę po porodzie do wnętrza macicy i znalazł łożysko w wyciągniętym rogu macicy.

Kol. Ackermann. Do dyskusyi tej pragnąłbym dorzucić jeden jeszcze przypadek, dokładnie w oddziale szpitalnym prof. Jordana spostrzegany, który, zdaniem mojem, również przedstawia ciekawe i godne uwagi szczegóły.

Dnia 24 lipca 1897 r. przywieziono na oddział położniczy szpitala św. Łazarza chorą S. S. izraelitkę, lat 28, żonę kupca z Rzeszowa. Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że chora zamężna od lat 3 rodzi obecnie po raz drugi. Pierwszy poród przed rokiem odbył się z pomocą lekarza, który miał wykonać obrót i wydobycie dziecka nieżywego. Poród obecny trwa ósmy dzień. Wody odeszły przed tygodniem. Mąż chorej drdaje, że używał paru lekarzy, ci jednak po bezowocnych próbach polecili odesłać chorą do Krakowa.

St. praes. Budowa i odżywienie liche. Skóra bez podściółki tłuszczowej, blada, błony śluzowe również blade. Ciepłota 39·2, tętno 140, słabo napięte. Sutki drobne, za uciskiem wydzie-

łają klej. Wymiary miednicy: d. sp. $23^1/_2$, d. cr. 27, C. ext. $17^1/_2$, d. tr. $29^1/_2$. Brzuch w całości wysklepiony, więcej w wymiarze poprzecznym. Obmacaniem można wykazać 2 tumory. Pierwszy większy zajmuje całą prawą połowę brzucha, szczytem sięga łuków żebrowych, kształtem odpowiada macicy ciężarnej. Idąc od dołu po stronie prawej, dokładnie czuć jego zarysy, po tejże stronie wyczuwa się dokładnie napięte silnie *lig. rotund.* Po stronie lewej mniej więcej w połowie wysokości tumoru wyczuwa się tumor drugi, wielkości zmiennej. Raz dochodzi do wielkości głowy ludzkiej i wtedy jest miękki, jakby elastyczny, to znowu jędrnieje, a wielkość jego odpowiada wówczas średniej pięści. Od tumoru pierwszego oddzielić go nie można, związek między nimi jest ścisły, a idąc ku dołowi, oba zlewają się w jednę całość. I od tego tumoru od strony lewej wyraźnie odchodzi *lig. rotund.* Tumor pierwszy, twardy stale, o ścianach dość grubych, w tężcowym skurczu, cienczeje ku dołowi i dolny jego odcinek jest silnie bolesny. Pierścień skurczowy na tumorze pierwszym widoczny i wybadalny przebiega skośnie od strony prawej ku lewej, najwyższym swym punktem dochodząc linii pępkowej. Chełbotania niema. Położenia płodu oznaczyć nie można. Tylko w tumorze drugim od czasu do czasu wyczuwa się część drobną płodu. Tętno płodu wolne, głuche, w linii środkowej ciała słyszalne. W moczu wysyconym ślad białka. Srom obrzękły, pochwa sucha. Badaniem wewn. bez uśpienia wykazuje się wpartą do wchodu część płodu, silnie obrzękłą, nieruchomą, o częściach twardszych, która równie dobrze może być boczkiem z żebrami, jak pośladkiem z kością krzyżową, barkiem z łopatką i t. p., ale na pewne w żaden sposób nic powiedzieć nie można. Dopiero badanie całą ręką w uśpieniu wykazuje, że poprzedza ogromnie obrzękły pośladek, a wyczuwalne twardsze miejsca odpowiadają kości krzyżowej. Macica w uśpieniu chorej zwolniała znacznie i płód teraz przesuwać można z jednego tumoru częściowo w drugi. Już z badania zewn. rozpoznaliśmy *uterus bicornis, tetanus uteri,* nie znaliśmy tylko położenia płodu, badanie wewn. wyjaśniło i potwierdziło rozpoznanie, wskazując zarazem i zabieg do rozwiązania natychmiastowego rodzącej. Prof. Jordan wszedł całą ręką do wnętrza macicy, uchwycił nóżkę prawą, gdy jednak nie można było jej ściągnąć, poszedł po drugą i przekonał się, że ta przez dziwnie szerokie *ostium uterin. tubae* stópką weszła do trąbki. Po względnie trudnem wydobyciu tejże obrót za obie nóżki i następowa extrakcya nie napotkały na żadne trudności. Płód wydobyty płci żeńskiej, niedonoszony (2300 gr., 45 cm.), żywy. Łożysko wyjęto ręcznie. Macica dobrze się skurczyła, zaznaczając wyraźnie swój kształt

macicy dwurożnej. Wśród bezgorączkowego połogu wystąpiła u chorej *amentia* i chorą przeniesiono na oddział IV-ty, skąd za parę dni zabrał ją mąż na własną odpowiedzialność.

Kol. Mars widział kilka takich przypadków porodu z macicy dwurożnej. Jeden z nich dotyczył osoby, u której cztery razy wykonał obrót. Zabieg ten był zawsze bardzo łatwy. Kol. Mars tłómaczy to sobie tem, że nieprawidłowa szerokość macicy, która sprzyja wytworzeniu się położenia poprzecznego — ułatwia też poprawę tego położenia przez obrót.

---

## XCII. Posiedzenie z dnia 30 listopada 1897.

Przewodniczący: kol. Mars. Sekretarz: kol. Rosner.

1) Kol. Mikucki: Przypadek operacyi Alexandra Adamsa o niezwykłym przebiegu.

Przedstawiam Panom chorą, u której z powodu tyłozgięcia macicy wolnego wykonałem dzięki uprzejmości prof. Jordana operacyą skrócenia więzadeł okrągłych metodą Alexandra-Adamsa. Przypadek ten, zresztą zwyczajny, zasługuje na wzmiankę dzięki komplikacyi, jaka się wydarzyła pośród operacyi. — Zabieg sam nie przedstawiał żadnych trudności, oba więzadła po odsłonięciu pierścienia pachwinowego zewnętrznego i po przecięciu powięzi mięśnia brzusznego, odnaleziono z łatwością, lecz przytem zauważono, że więzadło prawe jest przeszło dwa razy silniejsze, niż lewe. W dalszym ciągu operacyi po wyciągnięciu więzadeł na 8 ctm. z kanału pachwinowego przy lekkiem tylko pociągnięciu pękło więzadło lewe tuż przy macicy, tak, że kikut cofnął się natychmiast i odszukać go nie zdołałem. Otrzewna mimo to nie została naruszoną, a bezpośrednie potem badanie wykazało macicę dobrze ułożoną, ku przodowi i prawie w linii środkowej. Dla pewności założono natychmiast krążek Hodge'go, by macicę przytrzymać w tem ułożeniu pewnie, póki się zrosty nie wytworzą. Po tej stronie, gdzie więzadło pękło, zeszyto powięź i skórę, po przeciwnej wycięto kawałek

więzadła, kikut zaś wszyto w ranę powięzi, a potem spojono powłoki skórne. Do szycia używałem tylko katgutu.

Przebieg pooperacyjny zupełnie dobry — rana zgoiła się doraźnie. Dziś w dwa tygodnie po operacyi przedstawiam Panom chorą, u której mimo, że jedno tylko więzadło zostało skrócone, macica leży ku przodowi, prawie dokładnie w linii środkowej, jest dość ruchoma, a koło macicy, szczególnie w okolicy przerwanego więzadła, nie ma nigdzie śladu wypociny zapalnej.

Przypadek ten może posłużyć za dowód, że jedno więzadło skrócić wystarczy, by osiągnąć pożądany skutek, a więc skoro po jednej stronie nie uda się nam wyszukać więzu okrągłego lub zostanie przerwane, nie należy tracić nadziei w skutęk operacyi jednostronnej. Powtóre ciekawa jest ta okoliczność, że oba więzadła były nierówno rozwinięte, mianowicie podczas gdy przeciętnie grubość więzadła wynosi 5—6 mm., w naszym przypadku lewe miało kolo 3 mm., a prawe koło 7 mm. grubości. Wreszcie, mimo przerwania więzadła, nie przyszło do najmniejszego wynaczynienia krwi pod otrzewnę kikuta, chociaż przerwaniu musiała uledz także *arteria ligam. rotundi,* która jako gałązką *art. uterina* stale towarzyszy więzadlu w jego przebiegu.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Jordan zwraca uwagę na różnicę grubości i wytrzymałości więzadeł i sądzi, że przypadek nietylko z tego względu jest interesujący, ale nadto z tej przyczyny, że z przerwanego więzadła nic nie krwawiło i że, mimo skrócenia tylko jednego więzadła, macica, aczkolwiek trochę na prawo zwrócona, leży jednak zupełnie dobrze.

Kol. Mars zwraca uwagę na możliwość przerwania się obu więzadeł i jest tego zdania, że w takim przypadku należałoby wykonać wentrofiksacyą, korzystając z gotowych już cięć skórnych. Co się tyczy tych operacyi, mających na celu utwierdzenie macicy ku przodowi, to niewątpliwie jest w całej tej sprawie pewien zamęt. Powiększył go Theilhaber, rzuciwszy śmiałe zdanie, że wszystkie te zabiegi są niepotrzebne. Jesteśmy w erze, w której przedsiębrane przez nas zabiegi muszą być usprawiedliwione. Nie wystarczy wykazać, że technika operacyi

jest wykonalna i aseptyka przeprowadzalna; nam, podobnie jak i chorej, powinno iść o to, żeby ona była po operacyi zdrowa. My musimy kontrolować wyniki operacyi naszych. Statystyki rozstrzygają podobne kwestyą często lepiej od akademickich rozumowań. Przypominam tylko kwestyę szwu rany brzusznej dla uniknięcia przepuklin. I tu kwestya wyboru metody szwu została niedawno rozjaśniona dobrą statystyką. Konkluduję tem, że my musimy większą uwagę zwracać na statystykę, bo ona nam wyjaśni, która operacya jest niezbędna, która lepsza od innej i jakie wogóle są zabiegów tych wyniki.

Kol. Jordan: Najlepszą odpowiedź Theilhaberowi dał Fritsch. Co się tyczy wskazań do tych zabiegów, to jedno jest pewne, że one niezbędne nie są, gdyż tyłozgięcie nie jest cierpieniem, któreby mogło dawać wskazanie życiowe. Trzeba tu, jak i gdzieindziej, indywidualizować. Są kobiety, które mogą się leczyć i nie pracować — u tych zabieg nie będzie tak niezbędny, jak u innych. Wyniki zależą wreszcie od wyboru przypadków i metod. Tu w klinice wykonaliśmy dużo tego rodzaju zabiegów i zapytywali się następnie o stan chorych. Skargi na powrót objawów, które spowodowały operacyą, nie dochodziły nas.

Na podstawie własnych spostrzeżeń i literackich zapisków zarzuciliśmy waginofiksacyą, a wentrifiksacyi w przypadkach wolnych tyłozgięć jesteśmy przeciwni. Co się tyczy op. Alexandra-Adamsa, to przy zrostach jej nie wykonywamy, wiedząc, że stan z powodu naprężenia tych zrostów może się pogorszyć.

Kol. Świtalski przypomina sobie przypadek, w którym po operacyi Alexandra-Adamsa i zgojeniu się doraźnem ran pozostał uporczywy nerwoból w zakresie uciśniętego przez bliznę *n. genito-cruralis*. Nerw ten należałoby przecinać.

Kol. Rosner nawiązuje do przemówienia kol. Marsa i nie sądzi, żeby statystyki były w stanie rozjaśnić nam te kwestye, a specyalnie pytanie, czy i jakie zabiegi należy w przypadkach tyłozgięcia wykonywać. To wiemy i bez statystyk, że w wielu przypadkach objawy zależą od tyłozgięcia i że po zabiegu ustępują. Gdyby nawet, *quod non*, statystyka wykazała, że operacye tylko w niewielkiej ilości przypadków są skuteczne, to jeszcze będziemy zmuszeni uciekać się do nich, jeśli zawiodą inne konserwatywne metody leczenia, w nadziei, że wydadzą pożądany rezultat. Ta nadzieja może okazać się złudną, ale powtarzam, nawet, gdyby procent wyleczeń w statystykach był nieduży — porzucać jej nie mamy prawa i nie mamy prawa, wypróbowawszy poprzód inne sposoby leczenia — odmawiać chorej tej próby.

Kol. Mars bynajmniej nie solidaryzuje się z Theilhaberem i nie występował przeciwko dzisiejszemu porządkowi rzeczy. Nie twierdził nadto, jakoby statystyka miała nam rzecz całkiem rozjaśnić; utrzymuje jednak, że daje się odczuwać brak dobrych statystyk, które w pewnych kierunkach mogą być bardzo korzystne.

2) Kol. Jordan: Niezwykły przypadek zmian zapalnych w miednicy małej.

Przedstawiam chorą 23 lat liczącą, która po raz trzeci znajduje się w leczeniu klinicznem, a u której wykonano już dwa razy laparotomią. W krótkości podaję tu Panom przebieg jej choroby.

Dnia 9/III 1896 rozpoznano: *retroflexio uteri fixata, descensus ovarii utriusque, degeneratio cystica ovariorum, periosphoritis ambilateralis.* Ponieważ leczenie konserwatywne zostało wyczerpane, wykonano dnia 10/III 896 *ventrofixatio modo Czerny-Terrier, ignipunctura ovariorum.*

Przebieg bezgorączkowy; po stronie prawej wystąpił jednak mały exudat.

W dniu (25/IV 896) opuszczania kliniki stwierdzono: że macica leży w przodozgięciu, po stronie prawej i od tyłu opór wielkości jaja kurzego, elastyczny, bolesny, nieruchomy.

Badanie przez specyalistę, który miał pacyentkę w leczeniu, dokonane dnia 12/X 896, wykazało, że opór po stronie prawej wzrósł do wielkości pomarańczy, był elastyczny, bardzo bolesny; macica prawidłowej wielkości, w przodozgięciu ruchoma. Dnia 13/I 897 nie stwierdzono obok macicy żadnego oporu.

W jakiś czas potem można było wykazać znowu opór również po stronie prawej o tych samych własnościach, a dolegliwości znacznie się wzmogły.

Dnia 30/VI 897 chora została przyjęta po raz wtóry do kliniki ginekol. Badanie wtenczas wykazało: trzon macicy, mały, w anteflexyi dosyć ruchomy. Boczne sklepienie prawe, przednie i tylne od strony prawej wypuklone przez guz, wielkości pięści, kształtu okrągławego, elastyczny, bolesny, bardzo mało ruchomy. Guz ten ku górze roz-

ciąga się na szerokość 3 palców ponad spojenie, ku dołowi dochodzi do próżni miednicy, po stronie lewej mniej więcej w linii środkowej przylega do prawego brzegu macicy. Po stronie lewej jajnik powiększony, bolesny, nieruchomy.

Rozpoznano: *Tumor tubarius (grav. extraut.?) adnexitis dextra, oophoritis et perioophoritis sinistra.*

Wobec tego, że leczenie konserwatywne, przez dłuższy czas przeprowadzane, pozostawało bez skutku, a chora miewała bardzo silne dolegliwości, postanowiono wyłuszczyć macicę wraz z częściami dodatkowemi przez pochwę, tem więcej, że zmiany powyższe wystąpiły na tle zakażenia rzeżączkowego, gdyż badanie wydzieliny szyjkowej na *gonococci* dało wynik dodatni.

Dnia 3/VII 1897 otwarto od strony pochwy przednie skiepienie badanie bezpośrednie wykazało, że tumor po stronie prawej jest znacznie większy, niż się przedtem przedstawiał i że pomiędzy guzem a otoczeniem są bardzo liczne zrosty. Wobec tego i wobec utrudnionego dostępu do pola operacyjnego z powodu wąskiej pochwy postanowiono dalej operować per *laparotomiam.* Zrobiono po stronie prawej dawnej blizny cięcie; zrostów między trzewiami a ścianą brzuszną nie było. Trzon macicy mniejszy, ułożony ku przodowi, całkiem wolny. Po stronie prawej obok macicy guz, wielkości pięści, o ścianach cienkich, dosyć mocno napięty, chełboczący. Guz ten, pokryty otrzewną, mocno bardzo był pozrastany z otoczeniem. Trąbki i jajnika z powodu wielkich zrostów wybadać nie można. Guz usadowiony pomiędzy blaszkami po przecięciu otrzewnej wyłuszczono na tępo, poczem wyłoniła się trąbka znacznie grubsza, pokręcona, o ścianach zgrubiałych. Trąbkę i jajnik z wielkim trudem oddzielono i po podwiązaniu odpowiedniej części więzadła szerokiego odcięto. Ponieważ operacya już długo trwała i stan pacyentki nie był dobry, poprzestano tylko na tem, pozostawiając macicę wraz z trąbką lewą i jajnikiem silnie do otoczenia przyrośniętym. Po operacyi chora przez kilka dni gorączkowała (do 38·3), poczem dalszy przebieg był bezgorączkowy.

Dnia 23/VII chora została przeniesiona do szpitala z dosyć dużą wypocinę po stronie prawej. Z końcem września chora opuściła szpital z małą wypociną po stronie prawej i jajnikiem lewym powiększonym.

W miesiąc potem wystąpiły znowu bardzo silne bóle dołem brzucha i w krzyżach, a badaniem stwierdzić było można po stronie prawej obok macicy tumor wielkości średniej pięści, bardzo bolesny, nieruchomy, elastyczny, po stronie zaś lewej jajnik powiększony, bardzo bolesny, nieruchomy. Dnia 31/X 897 przyjęto pacyentkę po raz trzeci do kliniki i stwierdzono wtedy, że opór po stronie prawej bardzo bolesny sięga ku górze do *spina ant. sup.* i ma wszystkie cechy wypociny; jajnik lewy przedstawiał się tak, jak przy poprzedniem badaniu. W dwa tygodnie potem przy spokojnem leczeniu i pod wysychającymi okładami opór po stronie prawej tak się pomniejszył, że dzisiaj możecie Panowie tylko ślady po nim wybadać. Jajnik lewy jest dzisiaj znów większy, niż w chwili przybycia do kliniki, mniej jednak bolesny, niż wtenczas.

Wobec dwukrotnie wykonanej już laparotomii zachodzi teraz pytanie, jakie leczenie dalej przeprowadzić, a leczyć ją trzeba wobec ciągłych i to znacznych dolegliwości.

W dyskusyi brali udział:

Kol. Świtalski. Guz po stronie prawej jest bardzo zmienny. Przed dwoma tygodniami po leczeniu pozostał z dużego tumoru prawie ślad, a po 10-ciu dniach tumor pojawił się znowu. Zależy to od tego, jak się chora zachowuje.

Kol. Rosner zna tę pacyentkę od dawna i w zupełności potwierdza uwagę kol. Świtalskiego co do zmienności stanu, z tą uwagą, że poprawa, względnie pogorszenie, zdają się nie zależeć od zachowania chorej. Raz przy najostrożniejszem zachowaniu się widział szybkie i znaczne pogorszenie. Kol. R. nie rozumie istoty tego tumoru, właśnie ze względu na jego cechy intermittujące. Biorąc w rachubę i z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem wykluczając torbiel przyjajnikowy i *sactosalpinx intermittens*, uwzględniając fakt, że zrosty tam być muszą i obfite, przypuszcza, że może to być nagromadzenie się płynu surowiczego między rzekomemi blonami.

Kol. Jordan długo zastanawiał się nad najodpowiedniejszem leczeniem. Leczenie konserwatywne robi niekiedy cuda; w tym przypadku atoli wyczekiwanie jest już chyba wyczerpane. Pacyentka była ciągle w dobrej opiece lekarskiej, usunięta od zajęć gospodarskich i spółkowania, a mimo to bynajmniej nie jest na drodze do wyzdrowienia. Wszystko skłania do radykalnego operacyjnego leczenia. Ale jaką wybrać metodę? Poddać ją trzeciej laparotomii naprawdę niema odwagi. Będzie ona kolosalnie trudna, a wiedzieć nie można, czy wszystko usunie, a specyalnie źródło powracającego wysięku po stronie prawej. Operacyą od pochwy, a mianowicie wyjęcie macicy uważa kol. Jordan za zabieg w tym przypadku niesłychanie trudny, jeśli wogóle wykonalny. Kol. Jordan ma tu na myśli inny sposób leczenia. Wiadomo, że przy dużych ropniach miedniczych otwarcie ropnia i radykalna operacya przez pochwę nie są zbyt trudne, tak, że choć to wygląda na paradoks, wołałby jednak kol. Jordan mieć tu do czynienia z takiemi dużemi zmianami ropnemi, niż ze stanem dzisiejszym. Logicznie zadać więc można sobie pytanie, czy takiego ropienia w miednicy małej nie możnaby sztucznie sprowadzić. Przypuszcza, że wstrzyknięcia streptokokków lub terpentyny, mogłoby mieć ten skutek. Od myśli wstrzyknięcia streptokokków odstępuje, wszelako z obawy przed uogólnieniem się sprawy zapalnej i zamyśla w tym przypadku, jako wprost desperackim, nie nadającym się do żadnego radykalnego leczenia bez prawdopodobieństwa zejścia śmiertelnego, spróbować wstrzyknięcia terpentyny.

Kol. Mars. Słuszną jest uwaga kol. Rosnera, że natura guza po stronie prawej jest ciemna. Nieprawdopodobnem mu się wydaje, żeby to miał być wysięk surowiczy, jak z drugiej strony trudno przypuścić, żeby wysięk ropny miał tak łatwo i często znikać. Po prawej stronie znalazłem guz wielkości orzecha włoskiego w łupinie, ale na pewne powiedzieć nie mogę, że należy on do części dodatkowych. Przypominam sobie przypadek, w którym również trudno się było zdecydować co do przyrody guzka chełboczącego i wiotkiego w jamie brzusznej. Kol. Paszkowski wyraził wówczas przypuszczenie, że to może być enteroptoza wypełniona płynem. Wreszcie wykluczyć nie można, że w naszym przypadku jest ropień z klapą, otwierającą się do kiszki ślepej, i że od czasu do czasu tą drogą ropa się wylewa.

Co się tyczy propozycyi leczniczej kol. Jordana, to jest to myśl oryginalna i śmiała, ale zrobiłbym jeden zarzut: po co wywoływać ropienie tam, gdzie ono już jest. Kol. Mars radziłby operować przez pochwę, sklepienia otworzyć szeroko i drenować gazą.

Kol. Rosner: Trudno bardzo dyskutować nad skuteczno-

ścią i niebezpieczeństwami sposobu leczniczego, zgoła nam nieznanego. Obawiałby się tylko nawet przy użyciu terpentyny uogólnienia się sprawy zapalnej. Ażeby to ryzyko zmniejszyć, możnaby rozpocząć od laparotomii, którąby dała możność zoryentowania się w sytuacyi, a gdyby stosunki były dla leczenia radykalnego niekorzystne, możnaby zakończyć lapartomią założeniem worka Mikulicza, któryby choć w części prewentywnie zabezpieczał chorą przed ogólnem zapaleniem otrzewny po wstrzyknięciu terpentyny.

Kol. Świtalski przypuszcza, że z początku, kiedy kol. Rosner miał chorą w opiece, miało się do czynienia z powiększoną trąbką. Zakażenie rzeżączkowe jest tu niewątpliwe, gdyż badanie wykazało gonokokki. Co się tyczy leczenia, to naturalnie może być ono konserwatywne lub radykalne. Za to ostatnie uważałby radykalną operacyą przez pochwę z pomocą kleszczyków. Wstrzyknięcia terpentyny nie mógłby doradzać raz dlatego, że sprawa może się uogólnić, a powtóre, że nawet się nie wie, czy środek ten wywoła ropienie.

Kol. Mars cytuje przypadek, w którym po długiej i ciężkiej laparotomii, mającej na celu usunięcie dużego guza części dodatkowych, zostawiono mały guzek po drugiej stronie. Obecnie po 5-ciu latach niema ani śladu tego guzka.

Kol. Świtalski miał sposobność obserwowania w dwóch przypadkach znikania guzów. Raz chodziło o mały torbiel jajnikowy, drugi raz o guz dość duży, twardy, mający cechy włókniaka usadowionego na tylnej ścianie macicy. To samo może stać się z gazem trąbkowym, jeśli n. p. krew do trąbki wylana ulegnie szybko wessaniu, lub płyn surowiczy wypłynie z trąbki.

Kol. Jordan: Kol. Mars poruszył tutaj myśl, że guz po stronie prawej może być enteroptozą lub ropniem, mającym klapę. Pierwsze wykluczyć można, gdyż mimo ostrych miejscowych zapalnych objawów niema zgoła żadnych śladów uwięźnięcia wewnętrznego. Przy sposobności wzmiankuje kol. Jordan, że dziś właśnie miał sposobność widzieć przypadek *enterokele vaginalis*, który jest chyba unikatem, z pochwy sterczy w tym przypadku, jakby prącie, guz, który da się przez pochwę do jamy brzusznej odprowadzić. Wrota przepuklinowe są bardzo wyraźne. To tylko nawiasowo. Powracając do przypadku, o który chodzi, to nie mógłby naturalnie wykluczyć ropnia otwierającego się do kiszki ślepej. Mogłoby to być zropienie jajnika, gdyż osobno jajnika wykazać nie można.

Co do leczenia, to poruszono tu myśl zrobienia punkcyi ad pochwy. Przedewszystkiem punkcya nie byłaby tu technicznie łatwą, gdyż guzek leży od przodu i jest nieduży, powtóre za-

bieg to sam przez się nieobojętny i łatwo da wynik ujemny, choćby nawet w guzku było jądro ropne. Zważywszy trudność wyjęcia macicy przez pochwę nie może się kol. J. również zgodzić na propozycyą kol. Switalskiego. Z tych względów negatywnych zamierza kol. Jordan wykonać tu wstrzyknięcie terpentyny.

Kol. Mars nie bałby się tak tej punkcyi i sądzi, że technicznie nie byłaby ona trudna. Chodziłoby tu zresztą o utorowanie drogi dla drenowania gazą.

---

## XCIII. Posiedzenie z dnia 21 Grudnia 1897.

Przewodniczący: kol. Jordan, później: kol. Mars. Sekretarz: kol. Rosner.

Jako gość: kol. Piotrowski.

1) Protokół odczytano i przyjęto.

2) Kol. Mars: O *kraurosis vulvae*.

Marskość przedsionka sromowego jest cierpieniem, o którem do obecnej chwili niewiele jeszcze powiedzieć można. Znane ono jest dopiero od bardzo niedawna, gdyż dopiero w roku 1885, pierwszy zwrócił na nie uwagę Breisky, który spostrzegał 12 przypadków. Prócz niego opisali tę chorobę: Fleischmann 8 przypadków, Janowski 6, A. Martin (Orthmann) 5, Hallowell 2, Hatchette 3, Bartels 1, Reed 6, Rona 1, Martin 3, Peters 1, Görders 1, Czempin 2, Neumann 1, Frederick 1, Veit 1, Pfannenstiel 1.

Nadto niektórzy autorowie wspominają o przypadkach, które tu wyliczać trudno, jak n. p. Johnstone opisuje 6 przypadków nie okazujących cech właściwych marskości przedsionka; a i między tymi, któreśmy powyżej wyliczyli, niektóre są zaledwo wzmiankowane (Veit), albo niepewne (Frederick). Ponieważ nie cała literatura była mi dostępną, mogę się mylić; ale w każdym razie nie o wiele, jeżeli przyjmę, że razem było ogłoszonych mniej więcej około 55 przypadków.

Opisy, spotykane w literaturze, dotyczą spostrzeżeń klinicznych i to głównie obrazu chorobowego. Żaden ze zna-

nych przypadków nie był na stole sekcyjnym, a spostrzeżenia anatomiczno-patologiczne odnoszą się do badań drobnowidowych, dokonanych w kilkunastu zaledwo przypadkach, na kawałkach, które wycięto za życia, już to w celu badania, już też w celu operacyjnym. Z tego wynika, że, mimo dość pokaźnej liczby ogłoszonych przypadków, spostrzeżenia, do tej pory poczynione, mogą być tylko jednostronne, a tem samem i niedostateczne. Jeżeli wreszcie uwzględnimy, że zdania autorów nie są zupełnie zgodne, i że różnica zapatrywań musi sprowadzać w poglądach zamięszanie, przyznać musimy, że rzecz jeszcze jest bardzo mało zbadana i znana. To, co nam dotychczas jest wiadome, można zestawić w niewielu zdaniach.

Obraz chorobowy autorowie przedstawiają zgodnie, a i opisy zmian drobnowidowych niewiele odbiegają od pierwotnego opisu Breiskyego i to rzecz naturalna, bo wobec cierpienia niedostatecznie zbadanego, tylko te przypadki mogą być brane w rachubę, które w objawach klinicznych całkowicie się zgadzają.

Chore skarżą się na uczucie palenia i pieczenia w kroku, na parcie ku dołowi, niektóre na świąd, inne na uczucie prężenia i napięcia; to ostatnie uczucie zdaje się być najogólniejszem, cierpieniu temu właściwem i najwięcej dokuczliwem (Martin); dalej na utrudnione chodzenie, na zwężenie wnijścia pochwowego i utrudnione spółkowanie, na przypady ze strony pęcherza moczowego, wreszcie na znaczną bolesność części schorzałych, która w niektórych przypadkach przy ruchach, oddawaniu moczu i stolca, jak niemniej przy spółkowaniu, znacznie się potęguje.

Badanie przedmiotowe wykazuje: wejrzenie przedsionka zmienione; sucha skóra przedstawia białawe smugi, albo też plamy, które ku ujściu pochwowemu się zlewają, nabierając wejrzenia perłowej masy. Cały przedsionek skurczony, w miejscu łechtaczki jej ślad, albo tylko rowek, tak się wydaje, jakby była zarośniętą; wargi mniejsze, ledwo jeszcze zaznaczone, albo ich brak zupełny. Wnijście pochwowe nie podatne, przepuszcza ledwie palec. Dotykanie i wprowadzanie

palca bolesne, a przy silniejszem rozchylaniu warg sromowych, powstają pęknięcia skóry, nieznacznie broczące.

Zależnie od tego, czy spostrzegamy cierpienie w początku jego rozwoju, czy też w okresach późniejszych, gdy zmiany są już daleko posunięte, występują one mniej lub więcej wybitnie.

Jako wzór wcześniejszego okresu możemy przyjąć przypadek, opisany przez Petera z kliniki A. Martina; przeważna część reszty opisów odnosi się do przypadków ze zmianami późniejszemi, dalej posuniętemi.

Prawie zawsze zmiany dotyczyły tylko samego przedsionka sromowego, kończyły się ścisłem odgraniczeniem w jedną stronę na granicy porostu na większych wargach sromowych, a w drugą na samem wnijściu pochwowem. — Fleischmann widział w jednym przypadku odnośne zmiany tylko po jednej stronie przedsionka. W przypadku, opisanym przez Gördesa z kliniki Martina, zmiana chorobowa przekraczała zwykłą granicę i rozciągała się na okolicę rzyci, podobnie w przypadkach Pfannenstiela.

Ze względu na wiek osób, które temu cierpieniu podpadały, zauważono, że wydarza się ono począwszy od 20 roku życia w różnych latach; spotykano je tak dobrze u panien (Veit), jakoteż u mężatek; podczas ciąży (Breisky, Fleischmann, Elischer), jakoteż i poza ciążą, a wreszcie i w wieku podeszłym (Hetchette Laugyear).

Z cierpień towarzyszących, prócz upławów, znachodzono w kilku przypadkach zakażenie rzeżączkowe, w kilku kilowe, w jednym polip macicy (Peter), w jednym wyprysk pod pachami (Bartels), kilkakrotnie spostrzegano powikłanie z rakiem, a mianowicie w jednym przypadku znalazł Martin wśród chorobliwego utkania dwa guzki rakowate, również Czempin znalazł w wyciętych częściach guzek rakowaty. Wreszcie Janowski widział na początku cierpienia *Oedema scleroticum*.

Skutkiem zwężenia, powstałego we wchodzie do pochwy widziano pęknięcia podczas porodu, a także obserwowano naddarcia wnijścia pochwowego podczas spółkowania.

O pochodzeniu tego cierpienia nie wiemy właściwie nic pewnego; istnieją tylko domysły. Janowski przypuszcza, że długotrwałe upławy i wrzody kiłowe mają tu znaczenie; Orthmann przypuszcza wpływ zakażenia rzeżączkowego; Reed zwraca uwagę na cechę zapalną cierpienia; Martin przypuszcza wstępny okres zapalny; twierdzi on, że związek z kiłą jest możebny, lecz właściwie przyczyny nie znamy; Sänger mówi o związku tego cierpienia z chorobliwym świądem sromu, Johnstone identyfikuje z jaglicą spojówek powiekowych; Longuear przypuszcza przyczynę w ośrodkach nerwowych, podobnie Lewin i Rona. Neumann wskazuje na drażnienie zewnętrzne jako przyczynę. Przypuszczenie to opiera na ugrupowaniu zmian, jakie spostrzega pod drobnowidem. Veit w III-cim tomie swej ginekologii stara się bardzo zręcznie połączyć w związek przyczynowy świąd sromu z marskością przedsionka. Twierdzi on bowiem, że najprawdopodobniej drapanie, a względnie tarcie, w przypadkach chorobliwego świądu, daje pobudkę do sprawy zapalnej w przedsionku, która w następstwie prowadzi do zmian, obserwowanych w przypadkach marskości przedsionka. W ten sposób może nieco sofistycznie dochodzi do konkretnego określenia, że *kraurosis vulvae* jest zwężeniem i skurczeniem przedsionka, które się wytwarza z zapalnej sprawy w skórze, wywołanej drapaniem pod wpływem silnego chorobliwego świądu.

Z tego wszystkiego wynika, że o przyczynie powstawania marskości przedsionka nic pewnego powiedzieć nie można.

Przebieg choroby niewątpliwie przewlekły i na lata rozciągać się może. Frederick sądzi, że w jego przypadku cierpienie trwało od lat 19 tu; twierdzeniu temu niewiele jednak ufać można, gdyż i sam opisany przypadek nie jest pewny. Niektórzy autorowie obserwowali rozwój zmian chorobowych przez dłuższy przeciąg czasu (Hatchette). Martin twierdzi, że cierpienie może się na pewien czas zastanowić. Po wycięciu kawałków do badania drobnowidocznego, widział Peter w ciągu trzech miesięcy szybki postęp zmian

chorobowych. Najwięcej pouczającym w tej mierze jest przypadek Czempina, który obserwował chorą przez lat ośm, a w ciągu tego czasu zmiany powoli się wytwarzały. Zejście cierpienia nieznane, albowiem spostrzegane przypadki albo się usunęły zpod obserwacyi lekarskiej, albo też zostały operowane.

Pierwsze badanie drobnowidowe na wyciętym kawałku przeprowadził w jednym przypadku Breiskyego jego asystent Fischel. Dokładniejsze wyniki zawdzięczamy właściwie badaniom dokonanym na klinice Martina przez niego samego, oraz Orthmanna, Gördesa i Petera. Mniej więcej zgodne wyniki podają też i inni autorowie; — tylko Neumann ogłosił w ostatnich czasach wyniki badania drobnowidowego, które przedstawiają obraz nieco odmienny. Fischel znalazł: „pod drobnowidem zmiany podobne do zbliznowacenia brodawek, których tkanka łączna okazywała stwardnienie, była prawie bezpostaciową i tylko niewiele równoległych pasem zawierająca, chociaż jak wiadomo, posiada uwłóknienie falowate. Brodawki nierównej wielkości, przeważnie niskie. Siatkowata warstwa przyskórkowa w niektórych miejscach była bardzo cienka. — Gruczołów łojowych na skrawkach nie widział, z potnych znalazł na jednym preparacie tylko ślady".

Orthmann w jednym ze swoich przypadków stwierdził, „że utkanie znachodziło się częścią w stanie zaniku, częścią zaś przerostu. W pierwszym razie pod bardzo cienką warstwą rogową (*stratum corneum*) leżała sieć Malpighiusza, albo bardzo ścieńczała, albo tylko w małych resztkach miejscami utrzymywana, a nawet na większych przestrzeniach całkiem zanikła. W miejscach, gdzie miazdra (*corium*) dosięgała bezpośrednio do warstwy rogowej, nie można było brodawek rozeznać. Utkanie skóry właściwej straciło zupełnie swoje falowate ułożenie, stało się zbite i mocno stwardniałe. W tem zbitem, do bliznowatego podobnem, utkaniu tu i owdzie w smugowatem ułożeniu naciek drobnokomórkowy, który w głębszych warstwach jest wyraźniejszy".

„Natomiast w pasie przybrzeżnym, przedstawiającym przejście do zdrowej skóry, utkanie znajduje się w stanie

przerostu. Warstwa rogowa (*stratum corneum*) naskórka znacznie rozszerzona, komórki ułożone są łuskowato w kilku warstwach na rozszerzonej sieci Malpighiusza. Brodawki pod temi miejscami bardzo znacznie wszerz rozciągnięte, mniej lub więcej naciekłe drobnokomórkowo, podobnie jak i cała miazdra (*corium*)". Na skrawkach znów z innego przypadku O. stwierdził: „tkankę tłuszczową i podskórną również drobno-komórkowo naciekłą. Naciek ten wypełnia w smugowatem ułożeniu szczeliny między tkanką łączną, najczęściej w kierunku pionowym do powierzchni. Pomiędzy tem napotyka się i okrągławe skupienia drobno-komórkowego nacieku, który tu i owdzie aż do brodawek się rozciąga".

„Wśród utkania można widzieć kilka wąskich przekrojów naczyń, otoczonych naciekiem drobno-komórkowym i przerosłą tkanką łączną, które wyglądają jakby uciśnięte. Zmian w nerwach O. nie widział. Badanie bakteryologiczne dało wynik ujemny".

Martin daje następujący opis: „Warstwa rogowa jest na różnej przestrzeni częścią szeroką, częścią wąską; sieć Malpighiusza prawie w całości ścieńczała tak, że często miazdra (*corium*) sięga aż pod warstwą rogową. Brodawki okazują nader rozmaite postacie; na miejscach bardzo zmienionych były one, równie jak i głębiej położona tkanka łączna skóry, naciekłe dużemi komórkami okrągłemi, które ułożone były częścią w okrągławych ogniskach, częścią więcej smugowato, między wiązkami tkanki łącznej. Na miejscu drobnokomórkowego nacieku występuje w dalszym przebiegu wybitne stwardnienie skóry właściwej; jest ona matowo lśniąca, nadzwyczaj uboga w komórki i naczynia. W tkance tłuszczowej podskórnej prawie żadnych gruczołów rozeznać nie można, natomiast jest ona także przepojona mniej lub więcej rozległym naciekiem drobno-komórkowym".

Peter znalazł w przypadku, w którym zmiany chorobowe nie były jeszcze zbyt rozwinięte, „warstwę rogową, miernie rozszerzoną, obficie naciekłą leukocytami i charakterysty znemi szklistemi łuskami. Sieć Malphighiusza miejscam nieco spłaszczona; to jednak zdaje się polegać nietyle na

zaniku komórek, ile na bocznem zniszczeniu, skutkiem ucisku do stosunkowo silnej warstwy rogowej. Warstwa ziarnista (*str. granulosum*) zredukowana odpowiednio znaczniejszemu zrogowaceniu do jedno lub dwu warstwowego, często poprzerywanego pokładu".

„Komórki kolczaste i walcowate są mocno napęczniałe, w górnych warstwach miejscami i w połączeniu między sobą rozluźnione. Między komórkami istnieje nader obfity naciek leukocytów. Naskórek miazdry (*corium*) na znacznych przestrzeniach podniesiony wypociną, która zawiera ciałka białe, złogi włóknikowe, łuski barwikowe i masy bezpostaciowe".

„Warstwy powierzchowne skóry właściwej są mocno napęczniałe, brodawki pod uciskiem obrzęku częściowo zanikłe; przesiąkłe utkanie jest nacieczone białemi ciałkami i złogami włóknikowymi, wiązki tkanki łącznej utraciły swą budowę. W głębszych warstwach skóry uderza gęsty naciek drobnokomórkowy zapalny, który się jednak tylko do warstwy skóry ogranicza tak, że tkanka podskórna wydaje się prawidłową, a mianowicie, ani koło naczyń, ani koło gruczołów potnych, nie znachodziły się objawy zapalenia".

„Torebki włosowe, naczynia, gruczoły łojowe są dobrze utrzymane i nie okazują żadnych zboczeń od prawidłowych".

„W obrzękłej warstwie brodawkowej nie znachodził zakończeń nerwowych; natomiast w głębszych warstwach obficie stwierdził przekroje zupełnie prawidłowych pni nerkowych, które nie okazywały ani świeżych zmian zapalnych, ani też zwyrodnienia włóknistego. Zanik spostrzegał tylko w tkance sprężystej. Siatka włókien sprężystych była w prawidłowej ilości do wysokości nacieku drobnokomórkowego w skórze właściwej; ale w tkance łącznej, powyżej położonej i napęczniałej, zupełnie zniszczała".

„Pomijając zmianę, dotyczącą tkanki spężystej, w preparatach, które pochodzą ze stosunkowo wczesnego okresu chorobowego, wcale znamiona zaniku nie znachodziły się. Najwybitniej występowały zmiany na preperatach zrobionych sposobem Bendy. Obrzęk górnych warstw skóry właściwej

występował w nich szczególniej wyraźnie, pod nim jednak widać, w miejsce nacieku zapalnego, właściwą siatkę wrzecionowatych albo gwiazdkowatych komórek, które swemi pierwoszczynowemi wypustkami na wszystkie strony ze sobą się łączą, a miejscami są ułożone we włókna. Mamy tu młodą nowowytworzoną tkankę łączną, będącą w bliznowatem kurczeniu się. Szczególniejszem jest to, że w naszych preparatach ta ziarninowa tkanka ogranicza się do średniej trzeciej części skóry właściwej i tworzy tutaj jednostajną ciągłą warstwę".

Równocześnie z publikacyą Petera przedstawił Neumann w Towarzystwie lekarzy wiedeńskich przypadek, okazujący cechujące zmiany makroskopowe, odpowiadające marskości przedsionka sromowego, w którym znalazł na skrawkach mikrotomowych odpowiadające zmiany: „warstwa rogowa naskórka, tworzy wstążkowate pasma o falowatym przebiegu; jądra komórek, nawet w głębszych warstwach, ledwo zaznaczone. Warstwa Ohla nigdzie niewidoczna, podczas gdy warstwa ziarninowa w większej części utrzymana, warstwa oścista (*stratum spinosum*) występuje bardzo wyraźnie i jak przy wszystkich naskórkowych sprawach przerostowych, wydaje się szczególniej wyraźnie rozwinięta. — Tkanka skóry właściwej mocno spilśniona, w niej widzi się obfite bujanie jąder rozmaitej postaci, zaokrąglonych i wrzecionowatych. Warstwa brodawkowa utrzymywana, brodawki w niektórych miejscach wydłużone z bujającem utkaniem, bez wyraźnie spostrzegalnych pętli naczyniowych. Naczynia są objęte miejscami bujającą tkanką łączną; na przekrojach spostrzega się bujanie śródbłonka".

Zestawiwszy dotychczasowe spostrzeżenia anatomiczno-patologiczne, zebrane tak dobrze wśród obserwacyi klinicznej, jako też i poczynione na skrawkach drobnowidowych widzimy, że tak dobrze w obrazach wolnem okiem widzianych, jako też i pod drobnowidem mamy pewne cechujące znamiona, właściwe marskości przedsionka sromowego. Już wolnem okiem stwierdzamy takie objawy cechujące, jak bardzo znaczne kurczenie się skóry, wyścielajacej przedsionek sro-

mowy, połączone z bliznowatem stwardnieniem, z zanikiem warg mniejszych, łechtaczki i ze znacznem zwężeniem wnijścia pochwowego. Ze zmian pod drobnowidem widzianych, musimy przedewszystkiem zaznaczyć cechę zapalną cierpienia. W tej sprawie zapalnej musimy rozróżnić dwa okresy (Martin, Peter), a mianowicie: okres pierwszy, w którym widzimy zmiany stosunkowo świeże, t. j. obrzęk zapalny, nacieki i złogi wypocinowe. Następnie stwierdzamy wybitne nowotworzenie w niektórych warstwach, a mianowicie głównie w warstwie naskórkowej, a tem samem wyraźne zgrubienie warstwy rogowej i sieci Malphighiusza. Wreszcie w tym wczesnym okresie występuje już zanik włókien sprężystych, zmiany dotyczące kształtu powierzchownego brodawek, oraz zmiany w budowie naczyń krwionośnych.

W okresie drugim przedstawia się obraz zupełnie odmienny, powiedziećby można, przeciwny obrazowi pierwszego okresu, zcieńczenię i zanik warstwy rogowej naskórka, naciek drobnokomórkowy, sięgający głęboko do warstwy podskórnej, zanik wiązek spężystych tkanki łącznej, spilśnienie i zbliznowacenie skóry właściwej, spłaszczenie warstwy brodawkowej. Zanik naczyń krwionośnych, gruczołów potnych i łojowych, zanik zakończeń nerwowych.

Dla zaokrąglenia przedmiotu wypada nam powiedzieć słów kilka o rokowaniu i leczeniu.

Od czasu jak Martin uzyskał drogą operacyjną tak świetne wyniki, rokowanie przedstawia się wcale dobrze.

Niektórzy autorowie wspominają o wyleczeniu przez użycie leków na miejsca schorzałe; stosowano przetwory jodowe, rtęciowe i środki przeciwgnilne, kąpiele; przyznaje to i Martin, że widział polepszenie po takiem postępowaniu, Fehling zaś twierdzi, że mało one skutkują. Dominującem dzisiaj i jedynie słusznem jest leczenie operacyjne, podane przez Martina, a polegające na doszczętnem wycięciu części schorzałych, a względnie całego przedsionka.

Dotychczasowe wyniki są świetne, zniekształcenie, skutkiem wycięcia schorzałej skóry, nieznaczne, a chore czują się dobrze, są swobodne i wolne od dolegliwości. Po kilku-

letniej obserwacyi w jednym tylko przypadku widział Martin po 4 ch latach nawrót cierpienia, pomimo zabiegu operacyjnego w pobliżu ujścia cewki moczowej i na tylnej ścianie pochwy. Orthmann wspomina też o recydywie po operacyi.

Do spostrzeżeń powyższych pragnę dorzucić własne, zebrane z przypadku, który się odznacza interesującymi szczegółami.

A. H., lat 62, 4 razy rodziła, 3 razy roniła, wszystkie porody ukończone kleszczami. Ostatni poród przed 36 laty. Po drugim porodzie cierpiała palenie w okolicy sromowej. Miesiączkowała zwykle 5 dni, zawsze regularnie, bez dolegliwości; od 50 roku życia nie miesiączkuje. Przed 20 laty cierpiała na owrzodzenia w okolicy sromowej, o których nic więcej podać nie umie, prócz tego, że przez miesiąc była leczoną i brała kąpiele nasiadowe.

Od 2 lat czuje się chorą, cierpi na bardzo obfite białe upławy, często zielonkawe lub brudne. Z początku uczuwała kłócia przeszywające w kroku, obecnie bólów żadnych nie doznaje, na świąd sromu nie cierpiała nigdy i obecnie go wcale nie doznaje. Najwięcej dokucza jej prężenie i napięcie w kroku, żali się na ból i parcie przy oddawaniu moczu, na utrudnione chodzenie, skutkiem uczucia spętania w kroku. Mąż po drugiem dziecku miał chorować na jakieś cierpienia weneryczne (z opisu zapalenie gruczołów chłonnych).

Budowa i odżywienie liche, wybitna niedokrewność. W narządach wewnętrznych nic osobliwszego. Srom słabo owłosiony, wargi większe zaznaczone ciemniejszem zabarwieniem i uwłosieniem. Po rozchyleniu warg spostrzega się skórę przedsionka koło uwłosienia biało-różowo zabarwioną ku wnijściu zaś pochwowemu okazującą białe plamy, o wejrzeniu perłowej masy. W miejscu łechtaczki rowek, warg mniejszych ani śladu. Blizko wnijścia pochwowego tu i ówdzie pęknięcia skóry. W dolnej trzeciej części wargi lewej znajduje się miejsce wielkości dwubalerówki, żółtawe, o chropowatej powierzchni, na której widać żółtawy strupek wielkości grochu, suchy, zbity; miejsce to bardzo bolesne. Wnijście pochwowe przedstawia rozwartą szparę, w której widać

w górze ujście cewki moczowej, otoczone prawidłową błoną śluzową; tuż nad nią przebiega poprzecznie ostro zaznaczona granica chorobowo zmienionego utkania; poniżej widać wypuklającą się tylną ścianę pochwy, zmienioną podobnie jak i skóra przedsionka. Zmiana chorobowa zajmuje tylko tę część pochwy, która się wypukla i kończy ostrą granicą na szczycie wypuklenia. Wnijście pochwowe zupełnie niepodatne, palec tylko z trudnością do pochwy wprowadzić można, chociaż na pozór zdawaćby się mogło, że wnijście pochwowe nie jest tak znacznie skurczone. Wprowadzenie palca nader bolesne.

Pochwa w dotyku skórzasta, podeszwowata, na boki niedająca się przesuwać; tylna ściana podatniejsza od przedniej. W górnej połowie przedniej ściany pochwy, w odległości 3 cm. od wnijścia pochwowego i w sklepieniu pochwowem, napotyka się guz zbity, niepodatny, wielkości dużej spłaszczonej śliwki, poprzecznie ułożony i sterczący od pochwy. W szczycie pochwy i w tylnem jej sklepieniu nierówności zbite, twarde, niepodatne; części pochwowej, jako takiej, rozróżnić nie można. Z powodu niepodatności kanału pochwowego, badanie zestawione przez pochwę przeprowadzić się nie daje. Po wyjęciu palca, odpływ obfity gęstej, krwawej, brudnej wydzieliny. Badanie zestawione, dokonane przez odbytnicę, wykazuje walcowatą i zbitą pochwę, w górnej części zgrubiałą, na szczycie której czuć można bardzo małe, w zaniku będące, ciało macicy, przechylone na stronę prawą i ku zatoce krzyżowo-biodrowej prawej. Trąbki, jajniki, więzy okrągłe nie okazują nic osobliwego. Więzy szerokie u podstawy nie nacieknie. Mocz wykazuje 0·004‰ białka, zresztą składniki w ilości prawidłowej, cukru nie zawiera.

Rozpoznano *kraurosis vulvae,* a nadto zmianę nowotworową w pochwie, przechodzącą na część pochwową i szyję zanikającej macicy. Przyroda nowotworu nie dawała się z badania dotykiem określić. W celu stwierdzenia i dokładniejszego rozpoznania wycięto z całej szerokości dolnej części przedsionka po stronie lewej pasek skóry długi na 2 cm.

i wydobyto ostrą łyżeczką kawałki z guza, położonego w przedniej ścianie pochwy.

Miejsce, z którego kawałek skóry wycięto, zeszyto szwem katgutowym; napięcie wśród szycia było znaczne i z trudnością tylko brzegi zranienia do siebie przybliżyć się dały.

Badanie skrawków z wyskrobowanych kawałków nowotworu wykazało cechujący obraz raka nabłonkowego, przez co rozpoznanie zostało utrwalone.

W pierwszej chwili nosiłem się z zamiarem wycięcia chorobliwie zmienionego przedsionka, w myśl postępowania Martina; gdy jednak zmiana rozciągająca się na pochwę sklepienia i część pochwową okazała się rakiem, musiałem odstąpić od pierwotnego zamiaru. Wycięcie tylko samej skóry przedsionka, w celu leczenia marskości samej, wydało mi się postępowaniem zbyt połowicznem, musiałem przeto myśleć o wycięciu całej pochwy i macicy.

Umiejscowienie nowotworu rakowego w górnej połowie przedniej ściany pochwy, w miejscu ścisłego przylegania pęcherza moczowego do pochwy, nakazywało się obawiać, że podczas operacyi, trzeba będzie wykonać częściowe wycięcie pęcherza moczowego i to w okolicy, gdzie właśnie leżą ujścia moczowodów.

Uwzględniając nader nędzny stan ogólny chorej niedokrewnej, podjęcie tak znacznego zabiegu nie było zachęcającem i nie wiele dla chorej rokującem. Wobec tego, nie mogłem bardzo doradzać chorej zabiegu operacyjnego, która też usłyszawszy, że operacya może być potrzebną, stanowczo oświadczyła, że się na żadną nie zgadza. Przez czas dwumiesięcznego pobytu chorej pod opieką lekarską, stosowano leczenie objawowe, pochwę przestrzykiwano rozczynami lizolu lub kreoliny.

Nadmienić należy, że ranka po wycięciu kawałka skóry z przedsionka do badania drobnowidowego, nie zgoiła się przez rychłozrost, ale w trzecim dniu po wycięciu rozeszła się, przedstawiając czyste owrzodzenie. Brzegi owrzenia tworzyły w około pas okalający, na 2—3 mm. szeroki, o wej-

rzeniu perłowej masy; dno wrzodu okazywało żywą, czerwoną ziarninę, określoną ostro odgraniczonym brzegiem. — Gojenie się następowało powoli; dno wrzodu pokryte ziarniną, przedstawiało krążek coraz to mniejszy; robiło to wrażenie, jakby się brzegi wrzodu nad dnem zaciągały. Zagojenie nastąpiło w ten sposób, że prawie znaku nie pozostało, gdzie był kawałek; przedsionek przedstawiał się po zagojeniu ranki zupełnie tak, jak pierwotnie przed wycięciem.

W szpitalu wybitniejszych zmian nie zauważono. Podmiotowo czuła się chora znacznie lepiej; niemiłe objawy w szparze sromowej przestały jej dokuczać; tylko od czasu do czasu żaliła się na dolegliwości przy oddawaniu moczu. który wreszcie ku końcowi pobytu bezwiednie w bardzo małych ilościach odpływać począł. Wejrzenie przedsionka prawie nie uległo zmianie, wydzielina z pochwy się tylko zmniejszyła.

Pragnąc posiąść materyał do porównania, nim przystąpiłem do badania drobnowidowego wyciętego kawałka, wziąłem z kilku świeżych trupów różnego wieku, od 30 do 60 roku życia, takież same skrawki skóry i z tego samego miejsca przedsionka. Jedyne, co stwierdzić mogłem, to było to, że tak dobrze warstwy naskórkowe, jako też i skóry właściwej, były o wiele cieńsze, aniżeli w innych okolicach powłok zewnętrznych; natomiast warstwa tłuszczowa podskórna bogato była rozwinięta.

Badanie drobnowidowe skrawków mikrotomowych kawałka skóry z przedsionka pacyentki wykazało zmiany, odbiegające nieco od dotychczas opisywanych.

Warstwa rogowa naskórka znacznie zgrubiala, złożona z płaskich łusek, które nawet i w głębszych warstwach jąder nie wykazują. *Stratum lucidum* nie daje się wcale wykazać, natomiast *stratum granulosum* wyraźne, stosunkowo dość szerokie, z kilku warstw dachówkowatych komórek złożone.

Sieć Malpighiusza znacznie szersza, niż w skórze prawidłowej, zbudowana z dużych komórek, posiadających bardzo wyraźne wypustki kolczaste i dobrze barwiące się jądra,

Postawowa warstwa walcowata nabłonka również dobrze utrzymana.

Dolna granica naskórka nie przebiega falisto, jak to się rzecz ma w skórze zdrowej, lecz jest zupełnie równą i płaską, a stąd też i miazdra (*corium*) wcale nie posiada brodawek jej właściwych, lecz również jest przypłaszczona. Z brodawek tych pozostały tylko gdzieniegdzie jeszcze resztki w kształcie wąziutkich pasemek tkanki łącznej, drążących dość wysoko w nabłonek. W tych miejscach, gdzie takie pozostałości brodawek skórnych zostały skośnie przecięte, widzimy wpośród komórek nabłonkowych przyskórka owalne lub podłużne ogniska łączno-tkankowe, posiadające często w środku przekrój naczynia.

Utkanie skóry właściwej, a mianowicie warstw jej, leżących pod nabłonkiem, także różni się znacznie od utkania skóry prawidłowej. Tu nie widzimy już tych długich, równoległych do siebie, a falisto przebiegających pasem tkanki łącznej, ale mamy do czynienia z utkaniem zbitem, włóknistem, złożonem z grubych włókien tkanki łącznej gęsto obok siebie ułożonych i mocno z sobą poplątanych i spilśnionych, tak, że mamy do czynienia z tkaniną zbitą, niepodatną i mało sprężystą.

Na granicy między naskórkiem a skórą właściwą znajdujemy w utkaniu tej ostatniej podłużne, równolegle do nabłonka ułożone smugi nacieku drobnokomórkowego, złożonego z komórek małych, okrągłych i jednojądrzastych, warstwowo-ułożonych. Nacieki te sięgają niżej w głąb skóry.

Naczyń w skórze znalazłem niewiele; a tylko gdzieniegdzie można było napotkać gruczoł łojowy lub potny; porównanie skrawków tych z preparatami, pochodzącymi ze zdrowej skóry, wyciętej z tejże samej okolicy zwłok, wykazuje znaczny zanik tych utworów w naszym przypadku.

Nadmienić mi jeszcze wypada, że odpowiednie zabarwienie skrawków wykazuje w tkance łącznej miazdry (*corium*), szczególniej w warstwach bliżej nabłonka położonych znaczną ilość komórek tucznych.

Tkanki tłuszczowej nie znalazłem nigdzie, a włókien sprężystych bardzo mało.

Nerwów ani zakończeń nerwowych w tych powierzchownych warstwach utkania skórnego nigdzie znaleść nie mogłem.

Dolne warstwy skóry okazują obraz niezwykły, a mianowicie wśród zbitej tkanki łącznej widzi się mnóstwo przekroi pęczków mięśni gładkich, przebiegających w różnych kierunkach. Gdzieniegdzie przebiegają one podłużnie. Pączki te przedstawiają się jakby były ułożone w siatce z tkanki łącznej, czyli że mamy tu wybitny obraz nowotworzenia mięśni gładkich (*leo-myoma fibrosum*).

Zszeregowując nasz przypadek z tymi, które dotychczas były opisane, musimy przyznać, że niewątpliwie mamy do czynienia z marskością przedsionka sromowego, za czem przemawiają wymownie cechujące zmiany na skórze przedsionka, gołem okiem widoczne, jakoteż zmiany głębsze, stwierdzone drobnowidem.

Makroskopowo różni się nasz przypadek od dotychczas spostrzeganych tem, że zmiany, na skórze przedsionka widziane, nie ograniczają się do wnijścia pochwowego, ale przechodzą na wypuklającą się ze szpary sromowej tylną ścianę pochwy i sięgają na 3 cm. w głąb tylnej jej ściany.

Takie przekroczenie granicy przedsionka spostrzegali Gördes i Pfannenstiel; dotyczyło ono jednak skóry naokoło rzyci. Tylko Martin widział na tylnej ścianie pochwy guzek, który uważał za nawrót cierpienia po zabiegu operacyjnym. Mimo woli nasuwa się uwaga, że w przypadkach Gördesa i Pfannenstiela granica ta była przekroczoną w kierunku spływających odchodów ze szpary sromowej. W moim zaś przypadku uderza ta okoliczność, że zajęta była część tylnej ściany pochwy, która skutkiem wypuklenia się ze szpary sromowej, pozostawała w ścisłem zetknięciu z miejscami chorobowo zmienionemi przedsionka.

Dalej zaznaczyć należy, że to, co Martin i Czempin widzieli, t. j. równoczesne pojawienie się raka, znachodzimy w naszym przypadku także, tylko z tą odmiana, że w przy-

padku naszym rak był usadowiony na miejscu odległem, w głębi przedniej ściany pochwy i oddzielony od zmian chorobowych, w przedsionku spostrzeganych, 3—4 cm. szerokim odstępem zdrowo wyglądającej ściany pochwowej.

Co się tyczy obrazów drobnowidowych, to te są zbliżone bądź do obrazu widzianego przez Petera, bądź też do opisanego przez Neumanna.

Z Peterem zachodzi wspólność w bardzo wyraźnem zgrubieniu warstw przyskórkowych, w umiejscowieniu nacieku drobnokomórkowego tuż pod siatką Malpighiusza, w skórze już właściwej. (Peter widział w tem miejscu świeże złogi wypocinowe); co do Neumanna, aczkolwiek jego preparaty mi nieznane, nie mogę ich zatem porównywać, to przecież według podanego opisu, wspólnem zdaje mi się być zgrubienie warstw naskórkowych i wydłużenie brodawek warstwy brodawkowej.

Peter dostatecznie wykazał, jak sobie zgrubienie warstw naskórkowych należy tłómaczyć i jego wyjaśnienie w zupełności przyjmuję. Nie tak łatwo wytłómaczyć się daje wydłużenie brodawek. Nie zamierzając tworzyć hipotezy, ograniczę się tylko do wrażenia, jakie odniosłem przy oglądaniu skrawków z mego przypadku. Mianowicie, jak to już wśród opisu skrawków zaznaczyłem, sięgają wysoko w siatkę Malpighiusza; otóż obraz ten mimowoli czyni takie wrażenie, jakoby położone w zagłębieniach między brodawkami, a bujające i mnożące się komórki siatki Malpighiusza brodawki te zewsząd uciskały, za czem musiałoby iść ścieńczenie i wydłużenie tych ostatnich tak, że wreszcie zamieniły się w długie cienkie wypustki.

Jeżeliby to tłómaczenie widzianych obrazów było słuszne, należałoby przypuścić, że rozrost siatki Malpighiusza nie następuje jednostajnie, ale owszem, że warstwy głębsze, bliżej brodawek położone, szybciej się rozrastają. Za tem, że w tych miejscach najwybitniej występuje zmiana chorobowa, świadczyłaby ta okoliczność, że tu właśnie, nie gdzieindziej, znachodził Peter najwyraźniejsze sprawy zapalne. W każdym razie zgrubienie warstw naskórkowych, zmiany zanikowe

w brodawkach, widoczne zmiany zapalne i obecność gruczołów potnych i łojowych, chociaż nielicznych, przemawia za tem, że przypadek nasz zaliczyćby należało do pierwszego okresu sprawy chorobowej, albo przynajmniej, że przypadek ten należy odnieść do czasu przełomu z jednego okresu w drugi.

Zdaje mi się, słusznemby było zestawienie, że przypćdek Petera okazuje zmiany z okresu najwcześniejszego, gdzie przeważają świeże sprawy zapalne, obrzęki, złogi wypocinowe, obecność leukocytów w tkaninach, gdzie przyszło do zgrubienia warstw naskórkowych, gdzie widoczną już jest utrata włókien sprężystych, gdzie jednak jeszcze nie przyszło do ostatecznego rozszerzenia siatki Malpighiusza i do wybitnych zmian w warstwie brodawkowej głębsze warstwy skóry zmian nie okazują jeszcze, a gruczoły i naczynia niezmienione.

Przypadek Neumanna i mój należałoby zaliczyć do okresu, w którym już pierwsze objawy zapalne minęły, gdzie bujanie siatki Malpighiusza dalej jeszcze postąpiło i sprowadziło zmiany zanikowe w warstwie brodawkowej z względnem wydłużeniem brodawek, gdzie już zaczynają występować zmiany w głębszych warstwach skóry, a mianowicie w naczyniach i gdzie wreszcie poczyna się zanik gruczołów potnych i łojowych.

Reszta przypadków, w których znaleziono wybitny zanik naczyń, nerwów, brak zupełny gruczołów, należałoby odnieść do okresu, w którym zmiany dosięgły szczytu swego rozwoju.

Niewątpliwie osobliwością w naszym przypadku jest nowotworzenie mięśni gładkich w skórze właściwej. Obecność *leo-myoma* może być uważana jako rzecz przypadkowa, albo też możnaby sądzić, że czynnik przyczynowy może wywierać wpływ pobudzający na różne tkaniny skóry i tworzyć powikłania różnej natury.

Interesującemby było rozstrzygnąć pytanie: skąd wychodzi to bujanie komórek mięśni?

Na pytanie to stanowczo odpowiedzieć trudno. — Na

podstawie jednak naszych preparatów możnaby wypowiedzieć przypuszczenie, że to bujanie komórek mięśni gładkich wychodzi z mięśni gładkich, znajdujących się w ścianach naczyń.

Przypuszczenie to możnaby oprzeć na tem, że na niektórych przekrojach poprzecznych pęczków mięśni gładkich między komórkami widać szczelinę, a w niej ciałka krwi czerwone.

Kol. Jordan dziękuje prelegentowi za tak wielce interesujący i pouczający wykład, który rzuca światło na ciemną sprawę marskości przedsionka.

3) Kol. Piotrowski. Dwa płody ze zmianami rozwojowemi.

U jednego płodu, urodzonego w 7 mies. księż., płci żeńskiej, znajduje się miernego stopnia wodogłowie, zajęcza warga, wilcza paszcza, tarń dwudzielna (przepuklina rdzeniowa), stopa szpowata obustronna i palec szósty dodatkowy po stronie palca małego na obydwóch rączkach, wiszący tylko na mostku skórnym.

U drugiogo, płci żeńskiej, pochodzącego z bliźniąt, istnieje rozstęp kości w miejscu spojenia łonowego, szeroki na 4 centym. wynicowanie pęcherza moczowego, niskie na brzuszku płodu przyczepienie się pępowiny nieskręconej, rzyć nieprawidłowa jelita cienkiego pod okolicą pępka. — Otworu stolcowego prawidłowego zupełnie nie ma. Jelito grube niewykształcone i stanowiące razem z jelitem prostem worek ślepo zakończony, otwiera się na wynicowanej ścianie pęcherza moczowego. Macica podwójna. Prócz tego istnieją zmiany w stawach biodrowych, których dokładniej oznaczyć przed wypreparowaniem miednicy i dokładniejszem wystudyowaniem przypadku, nie można.

4) Kol. Świtalski: Przypadek *fibro cysto-sarcoma retroperitoneale.*

Przypadek, o którym mam mówić, wzbudza zainteresowanie ze względu na niemożliwość rozpoznania usadowie-

nia guza przed operacyą, wskutek czego pacyentka była operowaną w klinice ginekologicznej.

Chora, lat 37 licząca, rodziła raz przed 3 ma laty prawidłowo. Karmiła przeszło rok. Regularność przed porodem zawsze prawidłowa, po porodzie wystąpiła tylko raz w czerwcu b. r. z lekkimi bólami. Z końcem listopada 1896 roku zauważyła powiększanie się brzucha, które od tego czasu stale postępuje.

U osoby bardzo wyniszczonej, gorączkującej (38 8°, tętno 120), stwierdzono w jamie brzusznej guz znacznych rozmiarów, konsystencyi zbitej, nie dającej się z żadnej strony odgraniczyć z powodu znacznej wielkości i silnego napięcia powłok. Odgłos nad guzem wszędzie był stłumiony, w okolicach lędźwiowych przebijał benbenkowy. Macica w tyłozgięciu mała, dosyć ruchoma. Przednie sklepienie wypuklone przez dolny odcinek guza. Części dodatkowych macicy nie można było wybadać ani przez pochwę ani przez odbytnicę.

Rozpoznano guz jajnikowy natury złośliwej.

Dnia 19. XI. b. r. przystąpiono do laparotomii. Cięcie w powłokach poprowadzono od wyrostka mieczykowatego aż do spojenia łonowego.

Badanie bezpośrednie wykazało, że macica i jej części dodatkowe zachowują się zupełnie prawidłowo, że całą jamę brzuszną zajmuje guz pokryty otrzewną, pozrastany z otoczeniem za pomocą cienkich postronkowanych zrostów, na szczycie zaś bardzo silnie ze siecią. Jelita były zepchnięte mocno ku tyłowi i stronie prawej tak, że guz przylegał bezpośrednio do powłok.

Po oddzieleniu (na tępo) zrostów łączących tumor ze ścianami jamy brzusznej, wytoczono guz na zewnątrz. Przy wydobywaniu guza oderwała się sieć od ściany żołądka, w okolicy dna (*fundus*) na długość kilkunastu centymetr., w miejscu rany przez to powastałej podwiązano jedną tętniczkę.

Następnie podwiązano i odcięto resztę sieci, poczem bez znaczniejszych trudności wyłuszczono cały tumor z po-

między blaszek otrzewnowych. Teraz dopiero przekonano się, że guz był usadowiony pomiędzy blaszkami kreski okrężnicy poprzecznej tak, że w górze przylegał bezpośrednio do ściany jelita na dosyć znacznej przestrzeni, a otrzewna z jelita bezpośrednio przechodziła na tumor. Po podwiązaniu niewielu krwawiących naczyń, brzegi otrzewnej, otaczającej jamę, po wyjęciu guza, pozostałej wszyto w górną część rany brzusznej i całą jamę dokładnie wytamponowano. Kilka gruczołów limfatycznych pozaotrzewnowych wybitnie powiększonych pozostawiono z powodu ich głębokiego położenia.

Wydoby guz ważył 11.250 gramów, miał powierzchnię nierówną, guzowatą. Na przekroju utkanie guza było zbite, soczyste, barwy żółtawo-różowej. W samym środku guza znajdowała się jama wielkości głowy dziecka, wypełniona bursztynowym płynem mętnym, o ścianach strzępiastych.

Badanie drobnowidowe guza wykazało budowę mięsaka.

Chora zmarła w trzecim dniu po operacyi wśród objawów posocznicy.

Przy sekcyi stwierdzono zapalenie otrzewny tylko w górnej części jamy brzusznej w okolicy żołądka, powstałe skutkiem przedostania się treści żołądkowej do jamy brzusznej.

Po przekrojeniu żołądka można było widzieć w okolicy dna żołądka w kilku miejscach błonę śluzową nekrotyczną w postaci małych ognisk, brunatno zabarwionych, nie przekraczających wielkości ziarna grochu; błona śluzowa, w otoczeniu ich się znajdująca, była dokoła podminowana. W środku jednego z takich ognisk nekrotycznych znajdował się mały otworek, drożny dla zgłębnika przechodzący na wylot ściany żołądka i tędy właśnie przedostała się treść do jamy brzusznej. Etyologia tych owrzodzeń i perforacyi jest niejasna, a według opinii prof. Browicza, powstania ich nie tłómaczy nam oderwanie się kawałka sieci od ściany żołądka.

W przypadku tym uderzył mię podczas badania jeden szczegół, a mianowicie, że ruchomość macicy była większą wyraźnie, czego nie spotyka się przy guzach jajnikowych o tak wielkich rozmiarach.

W dyskusyi przemawiali:

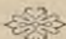
Kol. Obaliński nie mógł nabrać przekonania, że guz wychodzi rzeczywiście z tkanki retroperitonealnej. Ta siedziba jest bardzo rzadką, a rozstrzygnięcie pytania, czy rzeczywiście guz stamtąd wychodzi, bardzo trudne wobec tych rozmiarów tumoru.

Kol. Świtalski raz jeszcze opisuje dokładnie stosunki topograficzne tumoru, które przemawiają za tem, ze tkanka retroperitonealna była jego punktem wyjścia.

Kol. Mars opisał w swoim czasie przypadek *fibrosarcoma*, wychodzącego z gruczołów pozaotrzewnowych. Przypadek ten znalazł cytowany w dziele Galleza o guzach brzusznych jako jedyny.

Kol. Rosner zapytuje, jaki był stosunek jelita grubego do guza, czy mianowicie przytykał on bezpośrednio do błony mięsnej guza, jakby to być powinno, gdyby guz leżał między blaszkami *mesenterii*.

Kol. Świtalski. Jelito przylegało bardzo ściśle do guza; czy mięśnie były obnażone, nie może teraz powiedzieć. W każdym razie jelito po oddzieleniu przedstawiało powierzchnię ranną.




VERITAS